

NY KARTLEGGINGSMETODIKK I LYS AV RUSREFORMENS MÅLSETNINGER OM KVALITETSHEVING I FORM AV INDIVIDUELL TILRETTELEGGING, BRUKERMEDVIRKNING OG EVIDENSBASERT PRAKSIS

*Erfaringer med implementering
av strukturerte kartleggingsprosedyrer
i førstelinjevirksohmeters tiltaksarbeid med rusklienter*

Gro Heidi Løvendahl Johansen

Cand. polit 1992

Mai 2005

Universitetet i Oslo
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institut for sosiologi og samfunnsgeografi

Sammendrag

Den foreliggende studien har flere **formål**: Høgskolen i Østfold (HiØ) deltok våren 2003 i et voksenopplæringsprosjekt for kartleggingsmetodikken ADDIS med deltakere fra klientrettede stillinger, hovedsakelig i kommunal sosialtjeneste. Undertegnede deltok som ansatt ved HiØ i innsamling av data til prosjektevalueringen, noe som samtidig utgjorde et forprosjekt til hovedoppgaven. Til tross for ulike formål, er det empiriske perspektivet fra evalueringen videreført i hovedoppgaven, idet fokus legges på opplæringsens og selve metodikkens betydning for det praktiske rehabiliteringsarbeidet.

Opplæringsprosjektet betraktet implementering av strukturert kartleggingsmetodikk primært som kompetanseheving, mens oppgaven også diskuterer slik kompetanseheving som kvalitetshevingsstrategi og som personalpolitisk virkemiddel. Oppgavens **spørsmål** sentrerer om berørte aktørers *erfaringer* med metodikken, i form av tilfredshet, brukermedvirkning, bruksmønster og anvendelse av kartleggingsdata, samt spredning og vedlikehold av kompetansen. *Kartleggingsprosedyrenes plass* i det helhetlige tiltaksarbeidet relateres til begreper som matching og evaluering. Erfaringene sees i lys av at rusfeltet nylig har gjennomgått en omfattende organisatorisk *reformprosess* og sammenliknes med implementering av liknende metodikk i Sverige. Reformens visjon om *kvalitetsheving på tjenestene* gjennomgås, her formulert i tre **dimensjoner**:

- *Bedret individuell tilrettelegging av tiltak og tjenester*
- *Økt satsing på evidensbasert praksis*
- *Styrket brukermedvirkning i kartlegging og valg av behandlingstiltak*

De lokale erfaringene vurderes på individ- og virksomhetsnivå, i lys av både lokale målsetninger og reformens politiske visjoner. Metodikkens hensiktsmessighet som virkemiddel for å realisere målsetningene, analyseres både rent prinsipielt, og med bakgrunn i det foreliggende empiriske materialet.

Studiens **design** er basert på sammenholdelse av ulike berørte aktørers erfaringer. Ansattundersøkelsene legger fokus på endringer i det sosiale arbeidets praksis etter innføring av den nye metodikken. Klientundersøkelsen har spørsmål om opplevelse av respekt og delaktighet, bevisstgjøring om egen situasjon og om oppfatninger omkring problemvurderinger og tiltaksanbefalinger fra saksbehandler. Oppgavens **empiriske materiale** baserer seg hovedsakelig på tre informasjonskilder: 1) Intervjuer med et utvalg ansatte som deltok i opplæringsprosjektet, gjennomført idet dette ble avsluttet. 2)

Oppfølgingsundersøkelse via spørreskjema til deltakerne 1,5 år etter avsluttet opplæring, samt 3) Et todelt spørreskjema til klienter, besvart etter henholdsvis kartleggingsintervju og oppfølgingssamtale. I tillegg er det gjennomført intervjuer med to fagutviklingsledere og to operative mellomledere, for å belyse lokale rammebetingelser som forankring og langsiktig strategi.

Analytisk kombineres flere innfallsvinkler: Diskusjonen av erfaringer fra implementeringen baserer seg på inntak fra ulike sosiologiske modeller, og på dokumenterte erfaringer fra Sverige. Klientsvarene sees i lys av Pasientrettighetsloven. Diffusjonsprosessen analyseres med modeller hentet fra bl.a. Granovetter og Coleman, mens Schellings modell for kritisk masse kan belyse manglende spredning. Mertons begrepsapparat benyttes for å undersøke eventuelle latente funksjoner, likeledes med Boudons begrep perverse effekter. Webers rasjonalitetstypologier anvendes til å klargjøre det store paradigmeskiftet i helsesektoren. Evalueringsforskning og implementeringsteori danner bakgrunn for å vurdere reformprosessens vellykkethet.

Oppgaven antyder følgende **svår**: Kompetansehevingens personalpolitiske mål synes nådd i virksomheter med rimelig stabil personalsituasjon. Dimensjonen knyttet til kvalitetssikring synes imidlertid langt mer komplisert å virkeliggjøre, i alle typer virksomheter: På individnivå viser erfaringene at mer presis og systematisk informasjonsinnhenting omkring rusproblematikken samtidig kan ha positive funksjoner for klientens motivasjonsprosess, for ivaretagelse av pasientrettigheter og for den ansattes profesjonelle trygghet og trivsel. Metodikken ser ut til å gi en påfallende grad av samsvar mellom klientens og den ansattes vurdering av problematikk og hjelpebehov. Materialet tyder på at metodikkens potensielle strategiske funksjon er utnyttet i begrenset grad, for eksempel bruk av aggregerte data til prioritering av ressursbruk og videreutvikling av tjenestetilbudet til målgruppa. Etterundersøkelsen tyder på at det finnes rom for en mer systematisk anvendelse i form av matching til behandlingstype og til utarbeidelse av individuelle handlingsplaner, selv om kartleggingsdata i flere virksomheter anvendes som beslutningsgrunnlag ved innsøking til legemiddelassistert rehabilitering. Et vellykket utfall forutsetter dessuten et minimum av vedlikehold og spredning av kompetansen, noe som ser ut til å kreve strategiske grep når så få personer innehar metodikken. Like viktig er en viss langsiktig ledelsesmessig tilrettelegging av arbeidsprosesser. Studiens empiriske materiale kan tyde på at flere av virksomhetene har underfokuserert disse aspektene, slik at kompetansen mange steder forvitrer og bruk av metodikken dør ut.

Forord

En spesiell takk til:

Alle som har bidratt med spennende tanker og refleksjoner som drivstoff til denne undersøkelsen.

De som beviser at det umulige er mulig,
og de som via sin overbevisning og sine tvil har vist meg at dette banale faktum
også gjelder meg.

Hovedveileder Ole-Jørgen Skog, for hjelp til å løfte blikket.

Biveileder Anne Landheim, for kloke ord i rett tid.

Sist, men ikke minst, min hovedsponsor for individuell tilrettelegging.

Jeløy, mai 2005

Gro Heidi Løvendahl Johansen

Innhold

SAMMENDRAG	III
FORORD.....	V
INNHold	VII
INNLEDNING: FRA RUSKLIENT TIL RUSPASIENT MED RUSREFORMEN	3
DEL I: INTRODUKSJON	7
KAPITTEL 1: STUDIENS FORANKRING OG FOKUS	9
1.1 Prosjektets forhistorie.....	9
1.2 Overordnede tema	10
1.3 Begrunnelser og avgrensninger	13
1.4 Kort presentasjon av ADDIS-instrumentet	14
1.5 Sentrale begreper	15
1.6 Undersøkelsens spesifikke spørsmål.....	16
KAPITTEL 2: KUNNSKAPSSTATUS	17
2.1 Aktuelle kunnskapskilder i rusfeltet	17
2.2 Rusfaglig kompetanse i sosialtjenesten	19
2.3 Rusklientene og tjenestetilbudet	19
2.4 Relevante erfaringer fra Sverige	22
KAPITTEL 3: DESIGN- OG METODEVALG	26
3.1 Evalueringsoppdraget og hovedoppgaven.....	26
3.2 Studiens overordnede design	27
3.3 Datainnsamling	28
3.3.1 Metodetriangulering	28
3.3.2 Intervjuer og spørreskjema	29
3.3.3 Utvalg og bortfall	31
3.3.4 Validitet og reliabilitet	33
3.3.5 Oppgavens etiske rammeverk	36
3.4 Lederundersøkelsen	37
3.4.1 Virksomhetene	37
3.4.2 Informantene	38
3.4.3 Gjennomføring	39
3.5 Ansattundersøkelsene	39
3.5.1 Ansattinformantene og deres arbeidsområder	39

3.5.2 Gjennomføring av intervjuene	40
3.5.3 Gjennomføring av etterundersøkelsen	41
3.6 Klientundersøkelsen	42
3.6.1 Respondentene.....	42
3.6.2 Spørrekjemaet	42
3.6.3 Gjennomføring	42
DEL II: TEORETISK FUNDAMENT	45
KAPITTEL 4 OFFENTLIG STRATEGI FOR KVALITETSHEVING	47
4.1 Kvalitetsbegrepet	47
4.2 Helhetlig perspektiv i helse- og sosialsektorene	48
4.3 Innsatsområder for styrking av praksisfeltet.....	49
4.4 Rusreformen	51
4.4.1 Kvalitetsheving.....	51
4.4.2 Organisering av kartleggingsoppgaver	51
KAPITTEL 5: EVALUERING I ET KVALITETSPERSPEKTIV	53
5.1 Om forklaring og rusbehandling	53
5.2 Formål med evaluering	56
5.3 Kravet om evidensbasert praksis	58
KAPITTEL 6: ANALYTISKE BEGREPER OG MODELLER	60
6.1 Matching	60
6.2 Evalueringsmodeller	63
6.3 Implementerings- og endringsteorier	65
6.4 Webers verdi- og formålsrasjonalitet.....	66
6.5 Colemans diffusjon i nettverk.....	67
6.6 Granovetters tette og løse nettverk.....	68
6.7 Granovetters terskelverdier og Schellings kritisk masse	69
6.8 Mertons latente funksjoner og Boudons uintenderte konsekvenser ...	70
KAPITTEL 7: KARTLEGGINGS- OG DIAGNOSEINSTRUMENTER	72
7.1 Ulike typer instrumenter	72
7.2 Diagnosesystemene ICD og DSM	74
7.3 Noen kartleggingsinstrumenter i rusfeltet.....	74
7.4 ADDIS: Alkohol Drog Diagnos InStrument.....	76
7.5 Europ-ASI: Addiction Severity Index	78
KAPITTEL 8: RELEVANTE JURIDISKE BESTEMMELSER	80
8.1 Sosialtjenestelovens kapittel 6	80

8.2	Pasientrettighetsloven.....	82
DEL III: ERFARINGER FRA PRAKSIS		85
KAPITTEL 9:	LEDELSESMESSIG STRATEGI.....	87
9.1	Forankring.....	87
9.2	Formål.....	88
9.3	Nettverk.....	89
KAPITTEL 10:	ANSATTERFARINGER	89
10.1	Kartleggingskompetanse i virksomhetene.....	89
10.2	Omfang av bruken.....	90
10.3	Kartleggingsprosessen før og nå	91
10.4	Måltrettet bruk av kartleggingsdata på klientnivå	92
10.4.1	Videre oppfølging	92
10.4.2	Matching	94
10.4.3	Bevisstgjøring.....	95
10.4.4	Utarbeidelse av individuelle målsetninger	98
10.4.5	Systematisering.....	98
10.4.6	Dokumentasjon	100
10.4.7	Samarbeid internt og eksternt	101
10.5	Strategisk bruk på virksomhetsnivå.....	102
10.5.1	Videreutvikling av tjenestetilbudet	102
10.5.2	Ressursprioritering	102
10.6	Ansattes tilfredshet.....	103
10.7	Spredning, nyrekruttering og framtidsplaner	103
KAPITTEL 11:	KLIENTERFARINGER.....	104
11.1	Hovedlinjer i klientsvarene	104
11.2	Opplevelse av respekt vs. krenkelse.....	105
11.3	Opplevelse av bevisstgjøring vs. fremmedgjøring.....	106
11.4	Forståelse av informasjon og vurderinger	107
11.5	Klienten støtter vurderinger og anbefalinger	108
DEL IV: ANALYSE		109
KAPITTEL 12:	IMPLEMENTERINGEN I LOKALT PERSPEKTIV	111
12.1	Lokale begrunnelser og forankring.....	111
12.2	Bruksmessige variasjoner	113
12.3	Variasjoner i implementeringen.....	114
12.4	Ansattes erfaringer	117

KAPITTEL 13: IVARETAKELSE AV BRUKERNE	118
13.1 Klientenes opplevelser	118
13.2 Brukermedvirkning og individuell tilnærming.....	119
13.3 Pasientrettigheter og evidensbasert praksis	120
KAPITTEL 14: ORGANISATORISKE FAKTORER.....	122
14.1 Organisering av ansvar for tjenester	122
14.2 Hvilke mekanismer eller sammenhenger?	125
14.3 Helhetlig eller russpesifikk kartlegging?	127
14.4 Ny metodikk i eksisterende rutiner	129
14.5 Latente funksjoner, uintenderte konsekvenser og perverse effekter	130
14.6 Spredning og nyrekruttering.....	131
DEL V: SYNTSE.....	135
KAPITTEL 15 KONKLUSJONER.....	137
15.1 Oppsummering	137
15.2 Svar	139
15.3 Materialets betydning og begrensninger	141
15.4 Videre undersøkelsesbehov.....	142
LITTERATUR	145
VEDLEGG	I
VEDLEGG NR. 1 ADDIS SPØRRESKJEMA.....	I
VEDLEGG NR. 2 BASE-LINE SPØRRESSKJEMA ANSATTE.....	XIII
VEDLEGG NR. 3 INTERVJUGUIDE LEDERE.....	XV
VEDLEGG NR. 4 INTERVJUGUIDE MELLOMLEDERE.....	XVII
VEDLEGG NR. 5A INTERVJUGUIDE ANSATTE.....	XIX
VEDLEGG NR. 5B FORSKNINGSSPØRSMÅL ANSATTINTERVJUER.....	XX
VEDLEGG NR. 6A SPØRRESKJEMA KLIENTER DEL A	
ETTER KARTLEGGINGSINTERVJU.....	XXI
VEDLEGG NR. 6B SPØRRESKJEMAA KLIENTER DEL B	
ETTER OPPFØLGINGSSAMTALE.....	XXII
VEDLEGG NR. 6C INSTRUKS TI SPØRRESKJEMA KLIENTER.....	XXIII
VEDLEGG NR. 7 SVARFORDELINGSDIAGRAMMER FRA	
KLIENTUNDERSØKELSEN.....	XXV
VEDLEGG NR. 8A SPØRRESKJEMA ETTERUNDERSØKELSE ANSATTE....	XXIX
VEDLEGG NR. 8B FØLGEBREV ETTERUNDERSØKELSE ANSATTE.....	XXXI
VEDLEGG NR. 8C PURREBREV ETTERUNDERSØKELSE ANSATTE.....	XXXII

Innledning: Fra rusklient til ruspasient med rusreformen

Den foreliggende undersøkelsen tar utgangspunkt i et spesifikt kompetansehevingsprosjekt, og praktisk implementering av ny metodikk i forlengelsen av dette. Studien setter særlig søkelys på tre områder: 1) Endringer i det praktiske kartleggingsarbeidet, og ulike aktørers *erfaringer med bruk av den nye metodikken* etter gjennomført opplæring i et spesifikt strukturert kartleggingsinstrument. 2) *Anvendelse av kartleggingsdata* for oppfølging av enkeltklienter og for virksomhetens strategiske formål. 3) *Organisatoriske faktorer* betydning for variasjoner i implementering og anvendelse.

For tiden skjer store endringer i offentlig sektor generelt og i rusfeltet spesielt: Den tradisjonelle offentlige forvaltningsdriften erstattes av foretakslogikk og lederstillinger besettes av nye profesjoner. Behandling av rusmiddelproblemer, som tidligere i det store og hele sorterte under sosiale tjenester, er med reformen omdefinert til å inngå i samlebetegnelsen *spesialisthelsetjenester*, mer presist ”tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk”. Dermed er det administrative og operative ansvaret for alle typer av rusbehandling overflyttet fra fylkeskommunene til de *statlige regionale helseforetak*, mens den langsiktige oppfølgingen fortsatt er et kommunalt hovedansvar. Den overordnede lovhjemling for behandlingsevne er dermed flyttet fra Lov om sosiale tjenester til Lov om spesialisthelsetjenester, og personer med behandlingstrengende rusproblemer har i den anledning endret status fra å være *sosialklienter* til å bli *pasienter*. Den viktigste forskjellen er trolig de tilhørende rettigheter. De juridiske implikasjonene av å innføre pasientrettigheter overfor nye pasientgrupper, var ventet å få vidtrekkende følger for mange – noe som i beste fall vil virkeliggjøres i en flerstegsprosess. Retten til å smykke seg med tittelen pasient framfor klient, med dertil hørende formell kølapp for en plass i behandlingssystemet kan nok være avklarende på mange måter. Imidlertid ser det i skrivende stund ut til at utvidelse av henvisningsfullmakter til sosialkontor, fastlege og spesialisthelsetjeneste i realiteten bidrar til både lengre køer og mindre rasjonell utnyttelse av de mange ledige plassene som ikke er omfattet av noen fast avtale mellom institusjonseier og helseforetak (Helsetilsynet 2005b:61).

I mange henseende ser vi innen rusfeltet de samme gjennomgående samfunnstendensene i retning av større administrative enheter, parallelt med større grad av faglig spesialisering. Men der en ellers i samfunnet ser prosesser som privatisering og konkurranseutsetting av tjenester som mange tidligere så som et selvsagt offentlig ansvar, finnes også faktorer som er karakteristiske for rusfeltet. Et særegent trekk i forhold til den øvrige helsesektoren, er nettopp den sterke tradisjonen for privat tiltak, særlig innenfor døgnbehandling og -omsorg. Den høye andelen private behandlingssenheter gir naturligvis også konsekvenser for de offentlige kontroll- og kvalitetssikringsfunksjonene. Med rusreformen overtok Helsetilsynet i fylkene (den tidligere fylkeslegen) tilsynsansvaret for rusbehandlingstiltak, og fikk samtidig tilsyn med aktiviteten ved sosialtjenesten i kommunene. I forbindelse med rusreformen ble ansvaret overført for 32 fylkeskommunale døgntiltak for rehabilitering av rusmiddelproblemer og i tillegg løpende avtaler med de 42 private institusjonene som var registrert i fylkeskommunal plan. (Alver m.fl. 2004:9). I tillegg kommer en god del tiltak uten faste avtaler, som baserer sin drift på salg av enkeltplasser til det offentlige og på direkte salg til behandlingssøkende som selv dekker sine oppholdsutgifter. Den statlige overtakelsen av eksisterende fylkeskommunale avtaler som rusreformen medførte, har avstedkommet større og mindre justeringer i avtalene, mens hovedstrukturen i tiltaksfloraen ser ut til å bestå. Det mest grunnleggende nye trekket er kanskje at det regionale helseforetaket (RHF) Helse Øst ved utgangen av 2004 sa opp alle avtalene de overtok med rusreformen, for så å utlyse disse på nytt i en åpen anbudsrunde, basert på nye kvalitets- og priskriterier.

Kvalitetssikring og kompetanseheving er ord i tiden. Både Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 (Sosialdepartementet 2002) og strategisk rusplan fra det største regionale helseforetaket (Helse Øst 2004) bygger mye av sine resonnementer på denne typen begreper. Kravet om *evidensbasert praksis* passer som hånd i hanske til denne nye ideologien, og er stadig i vinden innen praksisfeltet og i opplæring til de aktuelle fagprofesjoner: Valg av behandlingssinnsatser skal beskrives og begrunnes og forankres i oppdatert vitenskapelig kunnskap om effekt. Modernisering, effektivisering, rasjonalisering og konkurranseutsetting er andre elementer som bidrar til økt *dokumentasjonsbehov*. Mye av dette reformarbeidet er nødvendig innen helse- og sosialsektoren, men en fare er at en erfaringsmessig ofte opererer i for korte tidsperspektiv: Å bygge opp en informasjons- og dokumentasjonsbase som er egnet til detaljerte kvalitetsevalueringer, tar tid, i og med at den eksisterende dokumentasjon ofte er både mangelfull og uoversiktlig, om dokumentasjonsrutiner overhodet finnes. Dette er

da også en av begrunnelsene for den pågående intensivering av informasjonsinnhenting og dokumentasjonsarbeid som pågår i sosiaalsektoren, i den hensikt å bedre baselinegrunnlaget for den kommende store evalueringen av hvorvidt rusreformen etter tre års virketid har maktet å realisere sine edle visjoner (Helsetilsynet 2005a og 2005b, Gundersen m.fl. 2004, Alver m.fl. 2004).

Kommunenes rolle i denne anledning er – i alle fall formelt sett – relativt uendret. Deres ansvar styres fortsatt av Lov om sosiale tjenester, som fremdeles utvetydig slår fast at kommunen er den sentrale instans i både det forebyggende arbeidet og i den helhetlige oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere og deres pårørende. Mer konkret er det fremdeles et kommunalt ansvar å sørge for alt som vedrører rene *omsorgsoppgaver*, samt å ivareta den *langsiktige oppfølgingen* før, under og etter behandling. Dette ansvaret er nå konkretisert og tydeliggjort med den nye §4.3 i sosialtjenesteloven, som i samsvar med pasientrettighetsloven spesifiserer *retten til individuell plan* for personer som er i behov av langvarige koordinerte tjenester (Helsedepartementet 2004b og 2004c). I praktisk virkelighet vil dette gjelde noe i nærheten av alle de behandlingssøkende rusklientene – den som har et omfattende, behandlingstrengende rusproblem vil erfaringsmessig svært ofte også ha behov for tjenester på andre arenaer.

Ansvaret for å igangsette behandlingsopplegg er med rusreformen utvidet, slik at henvisningsrett til spesialisthelsetjenester i form av rusbehandling nå er likestilt mellom fastlegen, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er ansvaret for sosialtjenesten i praksis det samme, selv etter en mindre justering av § 6-1, 2. ledd i Lov om sosiale tjenester som hjemler slik intervensjon. (Arbeids- og sosialdepartementet, rundskriv U-1/2004). Et betydningsfullt nytt elementet som er kommet med reformen, er derimot ansvaret for å vurdere behandlingssøkendes *rett til behandling* i henhold til Pasientrettighetsloven. Spørsmålet omhandler hvorvidt vedkommendes helsetilstand avstedkommer et rettskrav på en behandlingsplass, i såfall behandling av hvilket omfang, samt hvor lenge det ansees forsvarlig å vente på slik plass. Innføringen har samtidig medført at *ansvaret for kartlegging og utredning* av den individuelle problematikken er blitt todelt (Henvisningsrutiner for helseforetakene på www.rustiltak.no): Sosialtjenesten eller fastlegen må besitte en ikke ubetydelig informasjon om aktuell status for å beslutte henvisning til spesialisthelsetjenesten, til tross for at både grunnleggende fagtradisjoner, rusfaglig kompetanse, og ikke minst kartleggingsprosedyrer i disse to instansene idag åpenbart er svært forskjellige. Likeledes må helseforetakets vurderingsinstans innhente et minimum av opplysninger for å kunne gjennomføre sin juridiske saksbehandling, selv om

den medisinske diagnostisering for kliniske formål kan vente til vedkommende er igang med selve behandlingen. På individnivå vil det for det første være påkrevet med kartlegging av problemer og hjelpebehov for muligheten til å velge adekvat tiltak – såkalt matching – i form av intensitet eller varighet og ideologi eller metodikk i primærbehandlingen. Derne er det av stor betydning både å kunne evaluere tiltakets effekt under og etter behandlingen, samt ikke minst for utforming av et individuelt tilpasset ettervern i den sårbare og ofte underfokuserte fasen etter avsluttet behandlingsopplegg (Helsetilsynet 2005b, Dahl m.fl. (2003)). Gjennom hele rehabiliteringsforløpet vil dette være avgjørende for å kunne realisere lovens målsetning om en *individuell plan*, noe som bare kan virkeliggjøres ved et fungerende samarbeid på tvers av tradisjonelle grenser. Her har åpenbart praksisfeltet et stort forbedringspotensiale.

Da det aktuelle kompetansehevingsprosjektet ble planlagt var ennå ikke konturene av rusreformen på plass. Et betimelig spørsmål er dermed hvorvidt det med dagens organinsering er praktisk og faglig hensiktsmessig at sosialtjenestens førstelinjeinstanser sitter med detaljkunnskap innen kartlegging og diagnostisering, i en slik grad ADDIS-metodikken forutsetter. Et alternativ kan være at informasjonsgrunnlaget for henvisning fra førstelinjen har en mer overordnet karakter, mens detaljnivået forbeholdes foretakenes vurderingsenheter. En styrking av kvaliteten på utrednings- og kartleggingstjenestene er uansett nødvendig og naturlig i denne overgangsperioden, ikke minst som virkemiddel til felles problembeskrivelser og forståelsesrammer i et tiltaksapparatsom forutsettes så samarbeide tettere på tvers av tradisjonelle horisontale og vertikale profesjonsgrenser, enten dette i framtiden søkes styrt ved hjelp av en felles helse- og sosiallovgivning, som et utvalg nylig har foreslått (NOU 2004:18), eller på annen måte. Uansett hvor grensene trekkes mellom de ulike instansenes ansvar og prosedyrer, vil kartleggingspraksis være et suksesskritt virkemiddel for muligheten til å realisere målsetningen om *kvalitetsheving* på tjenestene, både for større grad av *individuell tilrettelegging*, for klientenes *innsyn og medbestemmelse* i saksbehandlingen og for en *mer evidensbasert praksis*.

DEL I: INTRODUKSJON

Kapittel 1: Studiens forankring og fokus

1.1 *Prosjektets forhistorie*

Kartleggingssystemet ADDIS ble innført til Norge på slutten av 1990-tallet, etter å ha vært i bruk i rusfeltet i Sverige siden midten av 80-tallet. Det aktuelle opplæringsprosjektet ble gjennomført fra januar til juni i 2003, med tilskuddsmidler fra det nasjonale kompetanseutviklingsprogrammet VOX, initiert av partene i arbeidslivet. Til opplæringsprosjektet ble det utviklet en studieplan for et videreutdanningsstudium på 10 studiepoeng ved Høgskolen i Østfold (heretter HiØ). Det ble dannet en prosjektgruppe, som foruten fagutviklingslederne i de to største kommunene som deltok, besto av lisensinnehaver fra firmaet GT Consulting og fagansvarlig høgskolelektor fra HiØ. Opplæringsprosjektet som danner utgangspunkt for denne studien hadde sin spede begynnelse i 2002, på bakgrunn av et samarbeid mellom fagutviklingsleder i Nordby og lisensinnehaver i Norge. Fram til prosjektet hadde all opplæring i ADDIS foregått i lisenshavers regi. At nettopp Høgskolen i Østfold kom inn som samarbeidspartner var ikke direkte logisk med tanke på geografi, men skyldtes at to av de ansatte allerede var sertifisert, hvorav undertegnede var den ene. Motivasjonen bak prosjektet fra lisensinnehavers side var et ønske om å utvide det allerede innarbeidete private sertifiseringskurset med teori fra det ordinære studiet "Videreutdanning i rusproblematikk" ved HiØ, å formalisere det hele med studiepoeng fra det offentlige høgskolesystemet. foruten det å få muligheten til å tilby denne typen kompetanse til et større antall deltakere, til en langt rimeligere kostnad enn hva som var forbundet med det private kurset. En del av motivasjonen fra HiØ for å delta i prosjektet var at man vurderte å innføre opplæring i ADDIS eller det liknende instrumentet ASI som del av den ordinære studieporteføljen, enten som frittstående utdanning eller som del av en klinisk fordypning. Nordby kommune hadde allerede i et par år sendt sine ansatte fra sosialetaten på private kurs, og tilbakemeldingene var så positive at det vokste fram et ønske om å tilby denne kompetansen til flere ansatte. Østby kommune kom inn på kort varsel grunnet personlig bekjentskap mellom de sentrale fagutviklings lederne i Østby og Nordby, etter at en av de opprinnelige prosjektkommunene trakk seg. På bakgrunn av tidligere

samarbeidstradisjoner og praktisk geografisk beliggenhet, inviterte de deretter med sine respektive nabokommuner Østvik og Nordvik for å fylle antall studieplasser.

Den integrerte opplæringsmodellen med kombinasjonen sertifiseringskurs i metodikken og basiskunnskaper fra tradisjonell videreutdanning i rusproblematikk, er kun gjennomført denne ene gangen. Prosjektet er beskrevet og evaluert i en egen rapport til Kirke-, Undervisnings- og Forskningsdepartementet (Dahl, 2004, upubl. arbeidsrapport).

1.2 Overordnede tema

Hovedtema for oppgaven er betydningen av strukturert individuell kartlegging i rehabiliteringsarbeid med klienter som søker hjelp for et rusproblem. Fokus rettes mot *kartleggingens plass i det helhetlige tiltaksarbeidet*. Mer konkret betraktes strukturerte kartleggings- og diagnostiseringsinstrumenters funksjon i dette arbeidet, og *hva som må til for å gjennomføre en vellykket implementering* av ny metodikk for kartlegging. De spesifikke spørsmålene stilles med utgangspunkt i et konkret kompetansehevingsprosjekt, og studerer påfølgende lokal implementering av den nye metodikken. Svarene diskuteres imidlertid også i relasjon til intensjonene i den nasjonale *rusreformen* som trådte i kraft 01.01.04 (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)). Reformen har medført en rekke endringer i organisering av tjenester til rusklienter. Til tross for at den opprinnelige kjernen i reformen var en overføring av det fylkeskommunale behandlingsansvaret til staten, har kvalitative aspekter omkring tjenestene kommet mer og mer i forgrunnen. Både Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 og Stortingets behandling av rusreformen understreker behovet for en satsing på *kvalitetsheving* innen tjenester til rusmiddelmisbrukere. På bakgrunn av denne fellesnevneren, er det særlig *tre dimensjoner* som synes interessante å belyse i en slik studie:

1. *Individuell tilrettelegging*, herunder matching til behandling og individuelle planer: Helsedepartementets strategidokument (2004b:9) sier at "Pasientrettighetsloven gir rett til vurdering av helsetilstand innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt (...) Det vil derfor være nødvendig å styrke utredningsdelen. Større vekt på utredning av den enkelte rusmiddelmisbrukers behandlingsbehov er nødvendig for å iverksette best mulig egnet behandling." (s.st. s.35). En måte å undersøke grad av individuell tilrettelegging, er å se på i hvilken grad kartleggingsdata fra

klienten benyttes systematisk som grunnlag til å anbefale eller fatte beslutninger om behandlingstiltak, altså matching av rett klient til rett tiltak i rett tid.

Tilsvarende interesse knytter seg til å sammenholde klienters og ansattes opplevelse av hvorvidt innføring av strukturerte kartleggingsmetoder kan bidra til å oppfylle rusreformens målsetninger om mer helhetlige og bedre individuelt tilpassete tjenester.

2. *Pasientrettighetsloven* trådte i kraft 01.01.2001, mens den først i 2004 fikk virkning for rusmisbrukerne, i forbindelse med at rusreformen omdefinerte rusbehandling fra å være sosialfaglige tiltak til å bli spesialisthelsetjenester. Rusklientene ble dermed ruspasienter, noe som i den politiske debatten vekselvis har blitt framstilt som henholdsvis en *begrunnelse for* og et *virkemiddel til* å iverksette reformen. En rekke senere utvidelser og endringer i de berørte lovverk, senest med iverksetting av tidsfristbestemmelsene 01.09.2004 har lagt vesentlige juridiske føringer for tjenester til denne gruppa. Loven gjelder generelt for alle pasientgrupper, og heri ligger det viktigste nye prinsippet: At rusklienter tilskrives rettigheter på behandlingsfeltet sidestillet med enhver annen pasient med somatiske eller psykiske lidelser. Helsedepartementets strategidokument (2004b:9) uttaler videre i sakens anledning at "Det overordnede mål med rusreformen er å sikre at behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skal bli *bedre og mer helhetlig*. Målet skal nås ved at reformen sikrer at rusmiddelmisbrukeres rettigheter som pasienter ivaretas på en bedre måte." I tillegg vil det være av stor interesse å undersøke hvorvidt de aktuelle klientene opplever at sosialtjenestens innføring av strukturerte kartleggingsmetoder innebærer ivaretagelse av deres *rettigheter som pasienter*, i henhold til det nye lovverkets formuleringer om rett til *medbestemmelse*.

3. *Evidensbasert praksis*: I Helsedepartementets strateginotat 'Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere' konkretiseres målsetningene med rusreformen, og også her understrekes behovet for en kvalitetsheving innen sektoren: "Kvaliteten i den tverrfaglige spesialiserte behandlingen for rusmiddelmisbrukere skal bli bedre." (Helsedepartementet 2004:21). Begrepet evidensbasert praksis er et stadig tilbakevendende tema i dages debatt omkring behandlingens kvalitet, både på den sosialpolitiske arena og i faglige kretser.

Helsedepartementets strateginotat sier videre om forutsetningene for en kvalitetsheving: ”Dette fordrer at de intervensjoner som tilbys må være kunnskapsbaserte. At en behandlingsintervensjon er kunnskapsbasert, vil si at det foreligger kvalifisert viten om effekt eller *i hvilken grad den virker* i forhold til de mål en har for behandlingen. *Dagens behandlingstilbud er i begrenset grad basert på slik kunnskap.*” (Helsedepartementet 2004b:21, min utheving). I tråd med dette beskrives aktuell kunnskapsstatus i utredningen NOU 2003:4 ’Forskning på rusmiddelfeltet’, og her poengteres dessuten behovet for å dokumentere reformens virkninger: ”Målet med reformen er å bedre og effektivisere behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det anbefales at det tas initiativ til et forskningsprosjekt med sikte på å få kunnskap om hvordan reformen ivaretar disse intensjonene.” (NOU 2003:4, s. 94). Skjerpede krav til forskningsmessig dokumentasjon av behandlingsvirksomhet har sannsynligvis en viss sammenheng med nye trender i retning foretaksorganisering og konkurranseutsetting. Debatten har flere aspekter: Krav til vitenskapelig kunnskap innen behandlingsforskningen, hva som er relevante kriterier for kvalitet, måling av behandlingseffekter, kategorisering av sammenliknbare klientgrupper, validitetsspørsmål i evalueringsstudier osv. Nært beslektet med denne typen problemstillinger er også praktiske tema som dokumentasjon av individuell utvikling, gradering av hjelpebehov, beskrivelser av behandlingsinnsats og operasjonalisering av ’den gode praksis’. Et viktig spørsmål i studien blir derfor hvorvidt satsing på strukturerte kartleggingsmetoder kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å nå målsetningen om en tettere kopling mellom forskning og praktisk tiltaksarbeid innen denne typen tjenester.

Det kan hevdes at implementering av organisatoriske tiltak på rusfeltet er et stemoderlig behandlet forskningområde. Feltet skiller seg slik sett betydelig fra selve behandlingsforskningen, hvor både norske og internasjonale studier er relativt godt representert (NOU 2003:4, SBU 2002). Den norske forskningsutredningen etterlyser systematiske studier der fokus rettes mot resultater og ikke bare mot prosessen: ”At slik effektforskning er mangelvare, gjelder ikke bare i forhold til tiltak og prosjekter som er direkte rettet mot brukere/klienter/pasienter. Det gjelder i enda høyere grad i forhold til tiltak som bare indirekte har disse som målgruppe, dvs. endringer i organiseringen av tiltaksapparatet.” (NOU 2003:4, s. 97).

Det skal her understrekes at de lokale målsetningene for virksomhetene som deltok i opplæringsprosjektet og begrunnelsen fra det daværende Kirke- undervisnings- og forskningsdepartementet som finansierte prosjektet, ikke nødvendigvis sammenfaller med de nasjonale og regionale visjonene bak Rusreformen og Pasientrettighetsloven. Når oppgaven ser lokale målsetninger om *kompetanseheving hos personalet* i sammenheng med de nasjonale målsetningene for *pasientrettigheter og kvalitetsheving på tjenestene*, er dette en forbindelseslinje som i sin helhet står for forfatterens regning.

1.3 *Begrunnelser og avgrensninger*

Som sosiologisk studieobjekt er temaet av interesse både fordi eksisterende forskning og dokumentasjon vedrørende organisering av sosialsektoren er sparsom, men ikke minst fordi det sosiale arbeidets egenart byr på helt særegne utfordringer med hensyn til virksomhetens strukturelle rammebetingelser i samspill med aktørenes personlige egenskaper og overbevisninger. Spørsmålene føyer seg dessuten inn i en sosiologisk tradisjon for å vurdere forholdet mellom idealer og realiteter, idet reformprosessenes ambisiøse ambisjoner vil kunne medføre betydelige endringer for mange hjelpesøkende klienter, dersom målsetningene virkeliggjøres.

Oppgavens primære målsetning er å *beskrive* berørte aktørers erfaringer med implementering av strukturert metodikk i det praktiske rehabiliteringsarbeidet. Dette innebærer et hovedperspektiv på ansatte og klienter i sosialsektoren, selv om også prosjektets deltakere fra andre deler av hjelpeapparatet kommenteres, da mest som en kontrast til sosialtjenesten. En hensikt vil være å redegjøre for sider ved den komplekse sammenhengen mellom kunnskaper, ferdigheter og praktisk handling. Dette helhetlige perspektivet på *formål med kartleggingen*, er også bakgrunnen for at temaer som evaluering og kvalitetssikring er tillagt betydelig vekt.

Den sekundære målsetningen er dernest å *vurdere* hensiktsmessigheten av å innføre denne metodikken i sosialtjenestens førstelinje, sett i lys av lokale begrunnelser og nasjonale visjoner knyttet til rusreformen.

Den siste målsetningen består i å se etter mekanismer eller prosesser som kan gi ansatser til *forklaring* av de store variasjonene i bruksmønster og grad av systematikk, å undersøke suksesskriterier ved en slik implementering som innebærer å omsette kunnskaper og ferdigheter i endring av praktisk arbeid.

Studien avgrenses mot selve den forutgående opplæringen, idet denne er evaluert separat. Oppgaven foretar heller ingen psykometrisk kvalitetsvurdering av selve instrumentet ADDIS, i form av reliabilitet og sensitivitet eller liknende aspekter. Intensjonen med oppgaven har ikke vært å foreta noen fullstendig implementeringsanalyse, selv om temaet behandles. Dette ville ha forutsatt en sterkere konsentrasjon omkring organisasjonsmessige virkemidler fra starten, på bekostning av ansattes og klienters opplevelser.

1.4 *Kort presentasjon av ADDIS-instrumentet*

Navnet ADDIS er hentet fra Sverige, en forkortelse for Alkohol Drog Diagnos InStrument. Instrumentet er et kartleggings- eller diagnosesystem for rusmiddelrelaterte problemer, bestående av 75 strukturerte intervju spørsmål til klienten med tilhørende underspørsmål knyttet til debutalder og aktualitet, samt påfølgende prosedyrer for analyse av innsamlet informasjon og for oppfølgingssamtale der informasjonen tilbakeføres (mer detaljer om selve instrumentet under punkt 7.4). Spørsmålene er utarbeidet på bakgrunn av kriteriene i de to store klassifikasjonssystemene som er i bruk verden over: World's Health Organisation's ICD-10 og American Psychiatric Association's DSM IV. Kartleggingen munner ut i en separat bedømmning eller diagnose for hver aktuell substansgruppe, som utgjør ialt 11 kategorier inkludert alkohol og medikamenter. Materialet sammestilles til en helhetlig vurdering og konkret anbefaling vedrørende behandlingstiltak. Intervju spørsmålene er temamessig gruppert, med innledende spørsmål om almenne tema og screening for psykiatriske symptomer, mens den altoverveiende del av spørsmålene er forbeholdt rushistorikk, bruksmønster og erfaringer som kan knyttes til rusbruken.

Bruken av instrumentet er lisensiert og krever en relativt omfattende opplæring, deretter en resertifisering hvert annet år. Intervjuskjemaet er videreutviklet i en egen versjon tilpasset ungdom i alderen 13-22 år, kalt ADDIS-ung.

1.5 Sentrale begreper

Gjennomgående vil de begreper framstillingen bygger på presenteres fortløpende i den kontekst de introduseres. Noen helt sentrale ord, skal likevel kommenteres mer grundig her: Evalueringsbegrepet har de siste årene gjennomgått svingninger med vekslende betydning og inflasjon i anvendelsen. Bakliens (1993) beskrivelse at evalueringer etterhvert ofte får funksjon som et bekvemmelighetsflagg, kan være treffende. Kunnskapsforlagets Blå fremmedordbok (1989) angir betydningene ”vurdere”, ”anslå” og ”beregne”, den førstnevnte betydningen også vanlig i engelsk dagligtale. For denne oppgavens tema og formål er følgende definisjon relevant, fra det europeiske overvåkningsorganet for narkotikaspørsmål, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): ”Med evaluering menes det en systematisk innsamling, analyse og vurdering av informasjon om grunnen til at tiltaket ble satt i verk, hvordan det ble gjennomført, hva tiltaket besto i, hvem det var rettet mot og hvilke konsekvenser det hadde.” (NOU 2004:3, s. 46).

Til tross for den aktuelle rusreformen som har omdefinert de aktuelle brukerne til fra *klienter* til *pasienter*, holder oppgaven fast ved førstnevnte formulering. Dette er dels fordi det innen sosialsektorens arbeidsområde forekommer svært unaturlig å omtale sine brukere som pasienter, dels fordi det alternative nøytrale begrepet *brukere* (av tjenestene) vil kunne sammenblandes med brukere av metodikken. De offisielle betegnelsene rus(middel)misbruker og avhengig unngås all den tid dette gjenspeiler nyanser som selve kartleggingen har til hensikt å skulle avdekke. *Behandlingstiltak* og *rehabiliteringstiltak* representerer det samme fenomenet, men det er likevel en nyanseforskjell, all den tid rehabilitering er et mer vidtfavnende begrep som også omfatter yrkesmessige og liknende opplegg. *1.linjevirksomheter* er en betegnelse som benyttes om alle sosialsektorens klientrettede arbeidsoppgaver, samt i noen tilfeller også lavterskel behandlings- eller skadereduserende tiltak. Det er i denne sammenheng vanlig å bruke betegnelsen *2.linje* om polikliniske behandlingsenheter og *3.linje* om døgnbehandling. Fra tid til annen brukes innenfor evalueringsfeltet begrepene utfall og resultat, effekt og effektivitet som om de var synonymmer. Her er det imidlertid avgjørende å skille mellom på den ene siden *utfall* som utelukkende er en beskrivelse av status ved et gitt definert tidspunkt, og på den andre siden *resultat eller effekt*, hvor en søker å beskrive de sidene ved status som ansees å stå i et kausalt forhold til den aktuelle intervensjonen. En vurdering av *effektivitet* sammenholder innsats og resultat, i en type kost/nytte-regnskap. For vårt formål vil de to

førstnevnte begrepene være de mest sentrale. *Strukturerte kartleggingsmetoder* betegner metodikk med et forhåndsprodusert, testet og validert skjema med lukkede spørsmåls- og svaralternativer, og tilhørende prosedyrer for bearbeiding og tilbakeføring av informasjon til klienten. Navn på deltakende kommuner i prosjektet er anonymisert, idetundersøkelsen består av tildels svært små utvalg, flere virksomheter har deltatt med bare en eller to ansatte. De konstruerte navnene betegner geografisk naboskap, slik at Nordvik illustrerer en mindre nabokommune til Nordby, og tilsvarende for Østvik og Østby.

1.6 *Undersøkelsens spesifikke spørsmål*

Oppgavens spesifikke spørsmål tar utgangspunkt i hvordan det standardiserte kartleggingsverktøyet ADDIS ble implementert i de undersøkte virksomhetene under og etter opplæringsprosjektet:

- Hvilke endringer i egen praksis opplevde de ansatte, og i hvilke fordeler og ulemper så de for sin egen arbeidssituasjon og for klientenes rehabilitering?
- I hvilken grad opplevde klientene at de nye metodene og prosedyrene ga dem reell brukermedvirkning i pasientrettighetslovens betydning?
- I hvilken grad benyttes kartleggingsdata systematisk av de ansatte til valg av nivå/intensitet og metodikk/ideologi når behandlingstiltak anbefales til enkeltklienter (såkalt matching)?
- I hvilken grad benyttes kartleggingsdata systematisk av de ansatte til langsiktige, koordinerende individuelle oppfølgingsplaner, i henhold til pasientrettighetsloven?
- I hvilken grad benyttes kartleggingsdata systematisk til prioritering av ressursbruk og til videreutvikling av virksomhetens tjenestetilbud?
- I hvilken grad kan den aktuelle ADDIS-implementeringen betraktes som et hensiktsmessig virkemiddel til å nå lokale målsetninger og realisere rusreformens visjoner?
- Kan det påvises mekanismer eller organisatoriske faktorer som ser ut til å være avgjørende for variasjonene i utfall av implementeringen, i form av bruksmønster, bruksfrekvens og spredning av metodikken?

Den viktigste informantgruppen er ansatte i stillinger av typen *saksbehandler eller behandler*, avhengig av virksomhetstype. Felles er at de har direkte kontakt med hjelpesøkende misbrukere og iverksetter rehabiliteringstiltak overfor disse. Jeg vil likevel understreke at studiens hovedfokus ligger på *klientene*, som sluttbrukere i tjenesteproduksjonskjeden. Kvalitetsvurderinger av rehabiliteringsarbeid med intensjonen om rusfrihet eller bedret livskvalitet kan uansett ikke måles uten å reflektere innvirkning på nettopp dette leddet.

Kapittel 2: Kunnskapsstatus

2.1 *Aktuelle kunnskapskilder i rusfeltet*

Rusfeltets tverrvitenskapelige natur bidrar også til at fokus kan være vanskelig å få øye på i det store mangfoldet. Helsetilsynet poengterer i sin oversiktsrapport over sentrale datakilder vedrørende rusklienters helsetilbud (Helsetilsynet 2005a:59) at rusklienter er en lite synlig gruppe i de generelle nasjonale dokumentasjonssystemene: Kunnskap primært finnes i spesifikke prosjekter med en avgrenset agenda, noe som kan gi et fragmentert og ikke alltid objektivt bilde. Forskningsutredningen presenterer en grovmasket inndeling bestående av fire ulike *forskningsområder på rusfeltet*:

- Forskning om *årsakene* til at noen bruker rusmidler
- Forskning som beskriver *omfanget* av rusmiddelbruken
- Forskning omkring hvilke *skader* som kan følge av bruk av rusmidler
- Forskning omkring *effekten av ulike tiltak* som settes i verk for å begrense bruken av rusmidler og de skader som følger av bruken. (NOU 2003:4, s. 20).

Utredningen gir en grundig oversikt over hva som er gjort av forskning innenfor området ”ruspolitiske virkemidler” – her i betydningen tiltak som iverksettes for direkte å påvirke *bruk* eller *skadevirkningene av bruk*. Utover dette presenteres en vurdering av forskningsprosjektenes kvalitet, i forhold til standardkriterier og i forhold til eventuell annen forskning på det aktuelle området. Her sies samtidig noe om de prinsipielle vanskelighetene ved en slik metastudie: ”Satt på spissen, leter en lenge nok kan en finne vitenskapelige artikler som tilsynelatende støtter det aller meste, og hva som er godt eller dårlig framgår oftest ikke av den vitenskapelige artikkelen i seg selv.” (NOU 2003:4,

s.45). Empirien som herværende oppgave bygger på, vil befinne seg innenfor det siste feltet i denne oversikten, nærmere bestemt tiltak for å begrense bruk og skader - selv om det individuelle fokus i en ADDIS-kartlegging nettopp dreier seg om brukens omfang og mønstre.

Det norske rusfeltet har en lang tradisjon for at behandlingstiltak, og da særlig bo- og arbeidsskolllektiver, gjør etterundersøkelser av tidligere beboere. To ferske eksempler finnes i en etterundersøkelse fra Frankmotunet, gjort av ansatte fra andre deler av den samme Tyrilistiftelsen (Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003) og en tilsvarende fra det terapeutiske samfunnet Sauherad Samtun (Brandsberg-Dahl og Nøkleby 2004), gjennomført av samme fagmiljø. Denne typen studier har avgjort en viktig funksjon for å vise hvordan det går med de som har vært i et gitt behandlingsopplegg, men kan fra tid til annen ha et preg av legitimering. Dokumentasjon som viser at endringsarbeid nytter er viktig av flere grunner, men først og fremst er vellykkete modeller av betydning for de som fortsatt sliter med ambivalens i endringsarbeidet. Ikke desto mindre er det avgjørende for troverdigheten til aktørene i dette komplekse fagfeltet at vi skiller mellom *effektstudier* og *kampskrifter*. Både formål, tema som behandles og ikke minst undersøkelsesmetoder må nødvendigvis bli forskjellige avhengig av studiens siktemål. Hvorvidt formålet er å undersøke *hvorvidt og eventuelt i hvilken grad* noe nytter, eller et forsøk på å dokumentere en premiss om *at* det gjør det, gir nødvendigvis to grunnleggende forskjellige studier, og muligens ulikt utfall.

Kunnskapen om klientkarakteristika i norske behandlingssenheter består imidlertid også av bredere anlagte studier, for eksempel Edle Ravndals doktorarbeid fra Veksthuset i Oslo (Ravndal 1994). Av nyere forskning er den store longitudinelle nytte/kostnadsundersøkelsen på SIRUS i perioden 2001-2003 sentral (Melberg m.fl. 2003). Her følges utviklingen for et utvalg på opprinnelig 482 klienter fra 22 ulike typer poliklinisk og døgnbasert behandling, herunder også legemiddelassistert rehabilitering. Kartlegging av klientene er gjort ved hjelp av en meny av strukturerte kartleggingsinstrumenter, deriblant Addiction Severity Index (ASI), det mest brukte instrumentet overfor rusklienter i sosialtjenesten i Sverige.

Fra skandinavisk forskning bør dessuten nevnes den store Swedate studien fra Sverige på 80-tallet (Bergmark m.fl. 1989). Den tverrfaglige arbeidsgruppens primære målsetning var her å utvikle funksjonelle evaluerings- og kartleggingsverktøy til bruk 1) for bakgrunnsvariabler og 2) under behandling, samt 3) i etterundersøkelser. Forskerne bak studien har blant annet konstruert en modell for å måle behandlingsutfall, ved hjelp

av kumulativt eliminerende utfallskriterier. Modellen illustrerer hvordan en opprinnelig klientpopulasjon i en etterundersøkelse suksessivt reduseres ettersom en kombinerer suksesskriterier på områdene rus, behandling, kriminalitet, sosial integrasjon, samt psykologisk status og offentlig støttenettverk (Bergmark m.fl. 1989:58).

2.2 Rusfaglig kompetanse i sosialtjenesten

SINTEFs tverrsnittsundersøkelse som ble gjennomført like før iverksetting av rusreformen, så på hvordan tjenesteapparatet i sosialsektorens førstelinje er organisert, som baseline for den kommende evaluering av rusreformen (Gundersen m.fl. 2004). Rapporten beskriver at flesteparten (82%) av de ansatte som arbeider med rusproblematikk har treårig helse- og sosialfaglig utdanning, mens 67% oppgir at de har gjennomført rusrelatert kurs eller videreutdanning av varierende omfang. Litt i overkant av halvparten har mer enn fem års praksis fra feltet. Kontorene er organisert slik at et fåtall har egne rusteam, mens omlag en fjerdepart har ruskonsulenter øremerket for arbeidsområdet. Når det oppgis at antallet rusklienter pr. konsulent varierer fra 1 til 200, med et gjennomsnitt på ca 50 klienter, forteller dette neppe mer enn at denne sektoren er representert med et bredt spekter av organisasjonsformer og ansvarsfordelinger.

Et relevant punkt i forhold til personalets kartleggingskompetanse, synes å være at det er registrert betydelig mindre forskjeller enn man kunne forvente mellom ytterpunktene i klientgruppa hva gjelder hvilke typer behov som ble registrert og hvilke typer hjelpetiltak som settes inn. Unntaket gjelder legemiddelassisterte tiltak som, rimeligvis på bakgrunn av inntakskriteriene, oftere tilbys de tyngste (Gundersen m.fl. 2004:40). Det kan altså synes som om arbeidsprosessene ved sosialtjenestens førstelinje på et eller annet vis nivellerer det enorme spekteret i målgruppas problembelastning, noe som bør gi konsekvenser for framtidig kunnskapssatsing i sektoren.

2.3 Rusklientene og tjenestetilbudet

Målgruppa for sosialtjenestens virksomhet er relativt godt beskrevet i norsk dokumentasjon. Den nevnte SINTEF-undersøkelsen (Gundersen m.fl. 2004) studerte samtidig tjenestetilbudet i forhold til målgruppas behov, sett fra saksbehandlernes, fra

fastlegenes og fra behandlingsenhetenes ståsted. Her fant man at 38% av klientmassen kunne kategoriseres som rusmisbrukere, og at det særlig i de større byene var registrert en overrepresentasjon av tunge, marginaliserte narkotika- og blandingsmisbrukere.

Kategorisering av rusklienter etter belastningsgrad kan gjøres på mange måter og vil naturligvis være avgjørende ved sammenlikning av ulike datamaterialer. Undersøkelsen avgrenser gruppa 'tunge klienter' i henhold til en tidligere SINTEF-undersøkelse vedrørende helsetjenestetilbud for denne gruppa (Ruud og Reas 2003:13): Klienter med intensivt misbruk av varighet lenger enn 5 år kombinert med alvorlige fysiske og/eller psykiske helseproblemer og alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering. Dette er også den gruppa som legger beslag på størst andel av ressursene, sett i forhold til antall klienter, ved at 2/3 av alle konsultasjoner i den undersøkte uken, var med klienter i denne kategorien. Man fant altså at disse tyngste tok mest av de ansattes tid, mens forholdet derimot var motsatt når det gjaldt henvisning til behandlingsplasser: Her var det slik at de yngste fikk flest henvisninger, selv om flertallet av disse hadde fått liknende tilbud tidligere. Når man undersøkte behandlingstiltakene, utgjorde den tyngste gruppen omlag halvparten av klientmassen, slik at det ser ut til å foregå en bevisst eller ubevisst prioritering av disse søkerne, i ett eller flere ledd av tiltakskjeden. En mulighet er samtidig at den tyngste gruppa i større grad er preget av resignasjon og ikke i samme grad søker seg til behandling, selv om forskning på klientmateriale ved inntak til behandling ikke gir signaler om dette (Ravndal og Vaglum 1995).

Tverrsnittundersøkelsen viser videre at antall behov registrert og antall tilbudte hjelpetiltak er signifikant korrelert med *antall forskjellige rusmidler* klienten bruker, men derimot ikke, som en kanskje kunne forvente, med *problemenes varighet*. Klientene i den tyngste kategorien er riktignok registrert med flest behov og flest tiltak, men forskjellen til de langt mindre belastede framstår mye mindre enn en kunne forvente utifra kunnskap om totalsituasjonen hos denne mest utslåtte gruppa (Kurtze og Eide 2003). Den tunge gruppa er registrert med i gjennomsnitt 4 hjelpebehov, mens tallet for klientgruppa som helhet var omlag 3. At det dessuten er registrert liten forskjell mellom de tunge klientene og de øvrige med hensyn til *gap mellom registrert behov og tilbudt tiltak*, kan tyde på en lite reflektert holdning til ulike gruppers forskjellige toleranse for ventetid eller manglende tilbud. Når en så på sosialtjenestens samarbeid med eksterne instanser, hadde man i 76% av sakene hyppig samarbeid med andre kommunale instanser, i 65% av sakene samarbeidet man med klientens fastlege. Samtidig fant man, overraskende nok, at antallet samarbeidspartnere var *omvendt proporsjonalt* med varigheten av klientens rusproblem.

De behovene som sosialtjenestens ansatte selv registrerer oftest uten at de følges opp med noe tilbud, er individuelle planer og andre koordineringstiltak, psykisk helsetjeneste, arbeidstrenings-, sysselsettings- og aktiviseringstiltak, permanent bolig og bolig med oppfølging (Gundersen m.fl. 2004:9). De ansatte i behandlingstiltakene bekrefter på sin side at det største udekkede behovet synes på dreie seg om individuelle planer og ansvarsgrupper, mens en relativt regelmessig kontakt med sosialkontor og fastlege i mindre grad vurderes udekket i henhold til behovet. Kontakten er altså der, men i mindre organisert form enn hva klientenes behov, samt lover og forskrifter, skulle tilsi. Dette kan skyldes tjenestebehovets ofte mer eller mindre akutte natur, forhold ved ledelse og organisering av oppgavene, eller en kombinasjon. Omlag en tredjedel oppgir at de har skriftlige prosedyrer for håndtering av rusklientenes behov, mens 80% oppgir at de enten alltid eller noen ganger utarbeider individuelle planer. At samtidig omtrent samme andel oppgir at de alltid eller noen ganger utarbeider individuelle planer til klienter i tiltak for legemiddelassistert rehabilitering, der slik forpliktende helhetlig plan er et uttrykkelig formulert inntakskriterium, må vel bety at praksis her i beste fall har forbedringspotensiale. Det er dessuten nærliggende å tolke den betydelige satsing på virkemidler som *prioriteringer* og best mulig *ressursbruk* i den bebudete handlingsplan for kvalitetsheving i sosialtjenesten, som et uttrykk for at disse temaene idag ansees å være underfokuset (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Ett forhold som er verdt å merke seg, er at nærmere halvparten av saksbehandlerne tilskriver gapet mellom behov og tilbud til forhold knyttet til klienten, noe som kanskje kan tolkes som uttrykk for en overlevelsesstrategi i en arbeidssituasjon preget av tidspress og manglende kontroll med prioritering av oppgavene.

Beskrivelsene fra SINTEF-rapporten bekreftes langt på vei av de funn Helsetilsynet gjorde i sin første landsomfattende tilsynsrunde i 2004 (Helsetilsynet 2005b). Undersøkelsen ble gjennomført i et utvalg på 58 kommunale sosialtjenester – omtalt som et ikke representativt, men likevel antatt relevant utvalg fra hele landet. Her ble det påvist større og mindre mangler ved tjenestetilbudet til rusklienter i *nesten alle* de undersøkte kommunene.

2.4 Relevante erfaringer fra Sverige

Det svenske behandlingsapparatet skiller seg fra det norske på flere vis, blant annet ved den langt større utbredelsen av polikliniske tiltak: I følge Socialstyrelsens oversikt fra 1999 foregikk 90% av all rusbehandling i Sverige i slike tiltak (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU 2001:23). Sosialtjenesten og kommunestrukturen i de to landene er derimot mer sammenliknbar, og lovgrunnlaget de forvalter har også klare paralleller. Sverige har forøvrig i en årrekke hatt en mer utbredt tradisjon enn Norge for både evaluering, kvalitetsforbedringstiltak, og strukturerte kartleggingsmetoder. Særlig har dette vært merkbart innen behandlingssektoren, men i de seneste årene også i førstelinjevirkomhetene. En illustrasjon kan være at våre naboer allerede for over ti år siden innførte en såkalt 'kvalitetsprargraf' i sin sosialtjenestelov, hvor evaluering og kvalitetssikring lovfestes (SOU 1994:139, s. 341).

Status for innføringen av ASI i Sverige, var pr. november 2003 at 1/3 av alle sosialkontorer anvendte dette verktøyet, og tallet er etter alt å dømme betydelig høyere idag. Det har ikke vært mulig å få entydige oppdaterte tall på antall ASI-brukere. For ADDIS oppgir lisenshaver i Norge at det finnes omlag 870 som opprettholder sin sertifisering i Sverige. Tilsvarende tall for Norge ligger på ca 80. Den svenske statlige Socialstyrelsen har vært involvert i arbeidet med å spre verktøyet fra 1999, selv om initiativet må komme fra kommunen selv og kursingen foregår i privat regi. Ressurstilførsel har blant annet foregått gjennom tilskuddsmidler fra det treårige handlingsprogrammet 'Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten', som ble startet i 2001. Järgeby (2004) redegjør i en oversiktsrapport for hvordan den svenske sosialtjenesten anvender strukturerte metoder, og framholder at innen rusfeltet er særlig tre *formål med kartleggingen* vanlige: Overfor nye klienter, for å redusere usikkerhet ved vurdering av mer komplekse behov og som hjelp ved motivasjonsarbeidet. Av de ansatte med rusrelaterte oppgaver svarer over 90% i denne undersøkelsen at kartleggingsinformasjonen brukes som underlag i utredninger, for å diskutere med klienten, og/eller for å vurdere egnet tiltak. Til sammenlikning er det kun 19% som oppgir at de bruker informasjonen til å rapportere sentralt i kommunen og 36% oppgir at den brukes som underlag til planlegging av virksomhetens aktiviteter. Ulla Järgeby (2004) har gjennomført en kartlegging blant ansatte i den svenske sosialtjenesten og har blant annet spurt om holdninger til strukturerte kartleggingsmetoder generelt. Studier påviste at en del av sosialtjenestens ansatte framholder som argument imot å ta ibruk

strukturerte metoder at det kan være negativt for klienten, at det kan svekke muligheten til å gjøre individuelle tilnærminger at det kan være styrende og begrensende. Faktisk svarer nærmere 1/3 av de spurte at strukturerte kartleggingsmetoder kan gjøre kommunikasjonen stiv og byråkratisk, og bemerkelsesverdig nok er det små forskjeller mellom de som bruker (29%) og de som ikke bruker (31%) slike metoder, i akkurat dette spørsmålet (Järgeby 2004: 42).

En sentral aktør ved Socialtyrelsen har særlig vært den tidligere enheten 'Center för utvärdering av socialt arbete' (CuS), nå omorganisert og omdøpt til 'Instituttet för utveckling av metoder i socialt arbete' (Ims). Erfaringene er også mer systematisk publisert enn hos oss i Norge, idet CuS/Ims har stått bak en betydelig spredning av dokumentasjon fra erfaringer i praksisfeltet. To kvalitative undersøkelser fra behandlingsinstitusjonen Rällsögården (Lyly og Skoglund 2002; Oscarsson 2004) og to rapporter fra kommunal sosialtjeneste (Nyström (red.) 2003; Nyström m.fl. 2005), utgjør relevante sammenlikningsgrunnlag, da de særlig har dokumentert erfaringer vedrørende implementering og praktisk bruk.

Den nyutgitte håndboken fra Ims for ASI-brukere (Nyström m.fl. 2005:55f), redegjør for en rekke momenter som bør gjennomdiskuteres i en virksomhet før en tar i bruk et slikt verktøy: Ambisjonsnivå, hvilke klienter metodikken tenkes anvendt i forhold til, hvilke ansatte som bør gjennomføre kartleggingene, hvordan kartleggingsdata skal dokumenteres, lagres, og bearbeides, hvem skal ha tilgang til informasjonen, hvem som skal ha ansvar for hva, og ikke minst organisatoriske spørsmål som hvilke medarbeidere og ledere som bør involveres og på hvilken måte. Ikke minst vektlegges her at en innføring av strukturerte kartleggingsmetoder i mange tilfeller innebærer et system som synliggjør resultater i en langt sterkere grad enn tidligere metoder, og at dette kan fremkalle motstand og utrygghet hos en del ansatte, særlig dersom implementeringsarbeidet tas for lett:

När man inför ett resultatorienterat arbetssätt faller ett stort ansvar på cheferna. Beslutet att använda ASI-intervjun bör formuleras så enhetligt och tydligt att alla som berörs förstår *varför* arbetet skall utföras, vad *syftet* med arbetet är samt *hur* detta skall utföras. Först då finns förutsättningar för att lyckas. Nyström m. fl. 2005:59)

I og med at de ulike geografiske enhetene og virksomhetene i ADDIS-prosjektet ble rekruttert på ulikt vis og forskjellig stadium i forberedelsesprosessen, kan det være rimelig å anta at de har hatt et varierende forhold til denne typen spørsmål.

I en spørreundersøkelse gjennomført av CuS blant 109 sosialarbeidere som nylig hadde blitt kurset i ASI våren 2001, fant man at det hyppigste anvendelsesområdet for kartleggingsinformasjon var som basisinformasjon i utredning, diskusjonsgrunnlag med klienten, for å bedømme klientens problembilde og som beslutningsgrunnlag ved behandlingstiltak (Nyström (red.) 2003:34). Respondentene ble også bedt om synspunkter vedrørende forbedringspotensiale for implementeringen, og kommentarer som gikk igjen var: Kontinuerlig kursing, helst for alle kolleger på samme arbeidsplass, nettverk og brukertreff, mer øvelse, råd og veiledning (Nyström (red.) 2003:36). Anneli Jäderland, en av de kommunale prosjektlederne, beskriver arbeidet med *å komme igang* og forteller at sosialtjenesten i Jönköping gjorde flere forsøk både med egenutviklede kartleggingsskjema, ASI og andre tilsvarende verktøy før innsatsen ble grundig nok og helhetlig nok til at det ble vellykket. De hadde da fått innvilget prosjektmidler til en halv stilling over to år, finansiert fra CuS, og målsetningen var at alle ansatte i sosialtjenestens rusarbeid skulle kurses og bruke metodikken regelmessig. Hun understreker særlig at lederne må bære metodikken og etterspørre resultatene, foruten å tilby brukerstøtte – som suksesskriterier for å motvirke den smule motstand mot det nye som fantes i organisasjonen. Videre trekker hun fram at gjennomføringen krever engasjement, gjentatt kursing, tid til utprøving og tilgang på brukerstøtte. Felles for alle faktorene var at behovet strakk seg over et betydelig lengre tidsrom enn de først hadde antatt (Jäderland 2003). I ADDIS-prosjektet var det opprinnelig planlagt et brukernettsverk, som ikke kom igang fordi den elektroniske databasen ikke ble ferdig, noe som ble viktig for nettsverkssettingen etter at selve opplæringen var avsluttet. Rapportens hovedforfatter Siw Nyström poengterer ved en erfaringsoppsummering at det å innføre ASI i sosialtjenesten har vært en mye større endring enn man først hadde forespeilet seg. Myndighetene antok at verktøyet ville bli relativt uproblematisk inn i en kultur preget av rettssikkerhetskrav, kvalitetssikringsarbeid og veiledning, men man hadde derimot undervurdert motstanden mot en så konsis resultatmåling. Hennes forklaring på dette fenomenet er at sosialt arbeid i denne formen tradisjonelt har hatt et svakt skille mellom prosess og resultat, derimot har arbeidsprosesser knyttet til kartlegging, vurdering og beslutning glidd over i hverandre og tradisjonelt blitt behandlet som et kontinuum (Innlegg på erfaringskonferanse om bruk av ASI, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, SKR ved UiO, 18.10.04). En vesentlig forskjell fra deltakerne i ADDIS-prosjektet var riktignok at en betydelig andel av respondentene i hennes datamateriale ikke var selvrekruttert til opplæringen. Det oppgis at 37% ikke hadde noen

innflytelse på deltakelsen, men at virksomheten hadde besluttet å sende ansatte på kurs – noe som gjør det sannsynlig at også den praktiske anvendelsen var mer styrt enn hva tilfellet har vært i mange av virksomhetene i ADDIS-prosjektet.

Også anvendt innen behandlingssektoren har et sentralt moment vært at satsningen må gjøres grundig for å bli vellykket. Oscarsson (2004) og Lyly og Skoglund (2002) har i to kvalitative studier evaluert erfaringer fra egen arbeidsplass, henholdsvis som institusjonsleder og som interne veiledere i ASI-implementeringen. Under implementeringen ved denne institusjonen hadde statlige prosjektmidler gjort det mulig å ha to egne ansatte i halv stilling som interne veiledere, noe mange av de ansatte behandlerne trakk fram som helt avgjørende for det vellykkete utfallet. De to blir dessuten beskrevet som utpregete ildsjeler og behandlerne har opplevd dem som svært tilgjengelige når de har hatt behov for råd og veiledning eller villet diskutere noe. Oscarsson tar utgangspunkt i Vedungs evalueringsmodell og Lundqvists implementeringsmodell og skriver at de ansattes motivasjon for endringen ble styrket av at de opplevde det direkte klientarbeidet som enklere og lettere når det ble mer planmessig. Svært mange opplevde også at klientene ble mer delaktige i sitt eget behandlingsopplegg, noe som var svært viktig all den tid mange av klientene på Rällsögården var plassert med tvangshjemmel. Oppsummeringsvis finner hun det dokumentert at jo mer motivert behandleren og klienten var, jo mer ble metodikken brukt. Videre mente vel halvparten av de ansatte i undersøkelsen at motivasjonen for bruk av metodikken ble bedret med økende forståelse etter innføringen, uten at materialet tyder på at de ansatte har vært særlig negative ved oppstart. Et interessant funn er forøvrig begrunnelsene fra de behandlerne som ikke prioriterer å bruke ASI, her nevnes særlig tidspress, men også at de har andre oppgaver eller at klientene har andre behov (Oscarsson 2004). Svarene kan indikere at de spurte i begrenset grad ser kartlegging som et separat strukturerende virkemiddel, men mer som en type tiltak på linje med andre tiltak iverksatt for å bedre klientens situasjon. Undersøkelsen til Lyly og Skoglund er mer fokusert på bruk enn på implementering, men konklusjonene er peker i samme retning som Oscarssons: Behandlerne trekker også her fram at klientenes økte deltakelse virker motiverende for bruk av metodikken. Oppsummeringen trekker også fram at behandlerne anser innsatsene som iverksettes som mer adekvate med ny kartleggingsinformasjon, etter at denne er benyttet blant annet til å utforme delmål sammen med klienten (Lyly og Skoglund 2002).

Kapittel 3: Design- og metodevalg

3.1 *Evalueringsoppdraget og hovedoppgaven*

Den offisielle evalueringen med hovedfokus på selve opplæringen, er gjort internt av faglig ansvarlig fra HiØ sin side. Undertegnede var ikke involvert i selve opplæringen eller i analysearbeidet til evalueringen, men kun deler av datainnsamlingen.

Ansattintervjuene er gjennomført med det eksplisitt tosidige formålet for øyet, mens klientundersøkelsen og etterundersøkelsen med de ansatte ble gjennomført spesielt for henholdsvis evalueringen respektive hovedoppgaven. Datamaterialet fra den ferdige klientundersøkelsen ble først på et senere tidspunkt trukket inn i hovedoppgaven, og analysert i lys av pasientrettighetsloven. Dette innebærer at klienter som har svart på spørreskjema ikke er blitt spurt eller orientert om hovedoppgaven, men kun om den opprinnelige evalueringsrapporten. Dette er likevel vurdert som etisk forsvarlig da det ikke er stilt spørsmål av personlig karakter.

Oppgavens tema og problemstillinger er blitt formet av mangeårig interesse for og arbeidserfaring fra fagutviklingsprosjekter innen sosialt arbeid. *Forforståelse* er et begrep som dekker aspekter som egne erfaringer, forkunnskaper, overbevisninger, forutinntatte forestillinger om aktører, virksomheter og sammenhenger osv. Forfatterens personlige utgangspunkt for å gjennomføre denne studien har flere elementer: Som sosiologstudent og høgskolelærer, og som tidligere miljøterapeut i utredningsinstitusjon og ruskonsulent i sosialsektoren. *Rollen* som ble inntatt i overfor informantene var primært som student, men også som medansvarlig for evalueringen i regi av HiØ. Om denne dobbeltrollen har hatt innvirkning på informantene er vanskelig å vurdere, men forskjellen mellom de to oppdragene ble grundig gjennomgått i starten av alle intervjuene, og uttrykkelig samtykke til å benytte avgitt informasjon i begge sammenhenger ble innhentet. At engasjement i både klientgruppas muligheter for endring og de ansattes arbeidssituasjon har hatt en betydning for studien, synes opplagt. Egne arbeidserfaringer fra tilsvarende arbeidssituasjon som informantene har bidratt både til å forme spørsmålene og ikke minst til å gjøre rollen som intervjuer mer til en aktiv samtalepartner enn en passiv mottaker av informasjon. Tilsvarende har nok også ADDIS-sertifisering og positiv erfaring med selve metodikken bidratt til en mer engasjert rolle i utvekslingen av informasjon, foruten muligheten det gir for en høyere presisjon i oppfølgingsspørsmålene.

En mulig tilskrevet assosiering til rollen som veileder, har vært bevisst motarbeidet fra undertegnede, men framsto heller ikke som veldig nærliggende med begrenset praktisk brukserfaring. Arbeidserfaring fra sosialsektoren skriver seg fra to ulike sosialkontorer, hvorav det ene er identisk med en av deltakerne i opplæringsprosjektet. Dette innebærer at jeg kjente to av ansattinformantene og fagutviklingsleder ved dette kontoret, fra tidligere rolle som medarbeider. Denne erfaringen har jeg opplevd som ukomplisert, men det er nærliggende at erfaringen kan ha bidratt til en annen innsikt i mekanismene ved akkurat denne virksomheten, selv om kommunen og sosialtjenesten var betydelig omorganisert etter min tid som ansatt.

3.2 *Studiens overordnede design*

Ikke utypisk for undersøkelsesopplegg med en kvalitativ innfallsvinkel, ble deler av denne oppgavens design endret fra de opprinnelige planene ettersom prosjektet skred fram og de sentrale spørsmålene tok ny form. Det opprinnelige hovedspørsmålet om hvordan ny type kartleggingsdata virker inn ved valg av tiltak, viste seg således å måtte utvides til et mer generelt spørsmål omkring anvendelse av kartleggingsdata og organisatoriske faktorer innvirkning ved implementeringen. Derav kom også det langsiktige perspektivet og behovet for en etterundersøkelse, som ikke var med fra begynnelsen.

Ragnvald Kalleberg skriver i sin artikkel "Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog" (Holter og Kalleberg (red.) 1996:50) om tre prinsipielt forskjellige forskningsopplegg inndelt etter forskerens målsetning: Konstaterende (deskriptive), vurderende (normative) og konstruktive (teoribyggende) opplegg. Tilsvarende vil de ulike oppleggene produsere tre ulike former for svareller forklaringer: Redegjørelser, vurderinger og anbefalinger. I henhold til denne inndelingen vil foreliggende studie ha elementer fra de to første typene: Første hovedspørsmål, som tar sikte på å formidle ansattes og klientenes syn på fordeler og ulemper med ny kartleggingspraksis, faller i den konstaterende kategorien. Spørsmålene omkring brukernes opplevelser i lys av pasientrettighetsloven og hvorvidt den nye metodikken kan ansees hensiktsmessig som et virkemiddel til å realisere rusreformens idealer, faller begge i den vurderende kategorien.

3.3 *Datainnsamling*

3.3.1 **Metodetriangulering**

En gjennomgående innfallsvinkel i studien har vært å sammenholde erfaringer fra ulike aktører og se spørsmålet om metodesatsningens hensiktsmessighet og implementeringens vellykkethet i ulike perspektiv. Innsamlingsmetodene som er benyttet består av en kombinasjon av åpne og semistrukturerte intervjuer, åpne refleksjoner, samt spørreskjemaer med både åpne og lukkede svaralternativer. Det store spekteret av metoder er valgt for å få fram både nyanserte refleksjoner om fordeler og ulemper og mest mulig presise tallfestinger av bruksmønster. Informasjonen er således preget av både kvalitative og kvantitative innfallsvinkler, en tilnærming som metodelitteraturen kaller triangulering (Silverman 2001). Begrepet er hentet fra landmåling, hvor et ukjent punkt i terrenget fastsettes ved hjelp av to tidligere kjente punkter. Med en slik tilnærming har det dessuten vært mulig å undersøke om eventuelle fordeler for noen aktører kan relateres til ulemper for andre, en metode som kan være fordelaktig i sammenhenger med store maktforskjeller mellom aktørene. Utover datainnsamling fra ulike deltakere, er benyttet metoder som litteraturstudier og systematiske søk i de mest aktuelle databasene. I tillegg til den formelle datainnsamlingen, er benyttet diverse uformelle samtaler med deltakere og innsyn i refleksjoner og caseoppgaver innbakt i selve opplæringen, samt erfaringskonferanser omlag et år etter prosjektets slutt. Undertegnede har dessuten deltatt i to konferanser i regi av Institutt for Kliniske Rusmiddelspørsmål (SKR) ved Universitetet i Oslo/Ullevål sykehus, i samarbeid med Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS): Den første en norsk/svensk erfaringskonferanse med tema praksisfeltets erfaringer med implementeringer av ASI, den andre var en konferanse for forskere og behandlere med deltakere fra USA, Nederland, Belgia, Island og hadde som tema ulike kartleggingsinstrumenter for matching av klient til rett type behandling.

Erfaringer fra liknende metoderelaterte opplæringer i Sverige (Nyström (red.) 2003, Lundefors Oscarsson 2004, Lyly & Skoglund 2002) peker på en utbredt tendens til at personalets entusiasme svekkes i tiden etter avsluttet opplæring, dersom en ikke vektlegger vedlikehold av den nye kompetansen og satser målrettet for å integrere denne i en langsiktig og helhetlig strategi. Det har derfor vært et viktig moment å studere

langtidseffekter av opplæringen, og materialet er av den grunn samlet inn i en type longitudinelt design over en tidsperiode på nærmere 2 år.

3.3.2 Intervjuer og spørreskjema

Metoden som er anvendt for hovedmaterialet i denne studien er semistrukturerte intervjuer. Dette må betraktes som en kvalitativ tilnærming, i og med at kun et par av de innledende spørsmål til informantene sikter inn mot kvantifiserbar informasjon, så som alder og ansiennitet i rusrelatert arbeid. To av intervju spørsmålene har tatt utgangspunkt i et spørreskjema som informantene svarte på idet opplæringen ble påbegynt, det vil si ca et halvt år før intervjuene fant sted. Denne base-line-undersøkelsen ble gjennomført av ansvarlig evaluator primært for evaluering av selve opplæringen og hadde fokus på eksisterende kartleggingspraksis og forventninger til opplæringen. Den faller som sådan utenfor oppgavens ramme, foruten å danne utgangspunkt for refleksjon i intervjuene.

Intervjuguiden som ble brukt for de ansatte (se vedlegg nr. **) ble utarbeidet sammen med en oversikt over underliggende forskningsspørsmål, etter Steinar Kvaless anbefalinger (Kvale 1997). Den består av fire nokså åpne spørsmål om erfaringer med bruk av instrumentet i løpet av opplæringsperioden. Denne tidsrammen ble valgt av tre grunner: For det første på grunn av ønske om et mest mulig sammenliknbart erfaringsgrunnlag for bruken av instrumentet. For det andre ble det antatt at det ville være lettere å fange refleksjoner omkring endringer i egen praksis, mens ADDIS-metodikken fortsatt var ny. For det tredje var dette hensiktsmessig i forhold til tidsfrist på den offisielle evalueringen av opplæringen. I og med at informantene jobber i ulike virksomheter har de også ulik tilgang på klienter som trenger en så grundig kartlegging, og dermed etterhvert svært ulik bruksfrekvens.

Den åpne og halvstrukturerte formen på intervjuene ble valgt for å fange opp de sidene ved erfaringene som de ansatte var opptatt av, i den hensikt å studere eventuelle forskjeller i fokus virksomhetene imellom. En ulempe kan ha vært at intervjuerens forforståelse og egne erfaringer kom til å spille en større rolle. Dette kan imidlertid også ha bidratt til at informantene formidlet mer informasjon til en intervjuer med inngående kjennskap til instrumentet.

Ved åpen intervjuing ligger selve forskningsbetingelsene bedre til rette for å påvirke respondentens problemoppfatning, kanskje også handlingsmuligheter, fordi nærheten mellom forskeren og respondenten betyr samarbeid om avklaring av mening, om

problemenes kontekst. ... Nærhet mellom forsker og respondent er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å støtte respondenter i deres mestringsbestrebelse. (Holter 1996:14).

Et moment i denne sammenhengen er at intervjuer selv hadde positive erfaringer med bruk av metoden, uten å ha noen personlig eller faglig interesse i svarene fra de ansatte.

Av både etiske og metodologiske hensyn kan det være rimelig å spørre seg om metodevalget har vært det mest hensiktsmessige. Før oppstart av datainnsamlingen, ble det laget en designskisse for å gjennomgå en av virksomhetenes vedtak om behandling, for klienter kartlagt med og uten ADDIS-metodikken, i den hensikt å studere beslutningsgrunnlaget i vedtaksprosessen. Forundersøkelsen avdekket imidlertid at denne virksomheten i den aktuelle 6-mådersperioden ikke hadde fattet slike vedtak, basert på ny type kartleggingsdata, og et slikt design måtte dermed forkastes. Plassering av intervjuene rett etter avsluttet opplæring hadde den ulempen at siden de fleste poengterer at de rimeligvis har fulgt instruksjonen etter beste evne, har lokale variasjoner i liten grad gjort seg gjeldende etter så kort tid. Når det gjelder etterundersøkelsen med de ansatte gir denne viktig og klar informasjon vedrørende bruk av metodikken, men etterlater samtidig mange spørsmål, dels som følge av overraskende svar. Et spørsmål om de ansattes tilfredshet med nettverk og brukerstøtte, som forventes besvart med ja- eller neikategorier, kan også synes noe forenklet. Noen av de ansatte har utdypet svarene med dytterligere kommentarer, og det samme spørsmålet er forøvrig stilt i åpnere og mer kvalitativ form som ledd i den offisielle evalueringen av opplæringsprosjektet, slik at mer nyanserte refleksjoner også er ivarettatt. Generelt ville trolig intervjuer med noen av de ansatte gitt en større dybde og nyansering i beskrivelser av praktisk anvendelse og årsaker til at metodikken for manges vedkommende brukes både lite og såvidt lite systematisk. Den viktigste fordel med den valgte spørreskjemastrategien var at en med de samme ressursene fikk informasjon om en større andel av deltakernes virksomheter, i en tallfestet form som kunne vært vanskelig å fange med intervjuer. Tilsvarende kan de kvantitative målene i undersøkelsen blant klientene synes lite egnet til å fange deres opplevelse av å bli kartlagt. Her ville det vært interessant å intervju representanter fra gruppa, for å få mer nyanser omkring svarene. Særlig innenfor tema som bevisstgjøring og vurdering av egen problematikk, ville antakelig en slik tilnærming kunnet gi interessant tilleggsinformasjon. Dette datasettet var imidlertid samlet til den offisielle evalueringen, og er til herværende formål kun reanalysert av undertegnede.

Felles for alle metodevalg, har naturligvis vært en praktisk avveining opp imot faglig sett ideelle alternativer. Personlige møter med klienter i aktive rus kan avstedkomme stort tidsspill, all den tid ikke alle evner å møte til avtaler. At avtaler også ville måtte gjøres via deres saksbehandler, problematiserer et slikt alternativ ytterligere.

3.3.3 Utvalg og bortfall

Krav til utvelgelse av respondenter i et kvalitativt undersøkelsesopplegg skiller seg vesentlig fra tilsvarende krav i et kvantitativt design, hvor en gjerne tilstreber representativitet i forhold til populasjonen. Målet med en kvalitativ studie er et annet enn å anslå forekomsten av et gitt fenomen, ofte dreier det seg om å se sammenhenger og prosesser som er typiske eller utypiske. ”Det kvalitative utvalg skal sikre at ulike typer respondenter, situasjoner, preosesser og sammenhenger er med i utvalget. Forskeren leter etter visse typer av begivenheter, ikke etter deres hyppighet.” (Holter 1996:13). Av denne grunn gjøres utvalget strategisk, altså bredt, men ikke nødvendigvis stort, og en vektlegger altså å få med informanter som en antar kan representere spennvidden i de fenomener en særlig er på jakt etter.

I den foreliggende undersøkelsen benyttes fem ulike datasett (se tabell), det første og det fjerde bare som bakgrunnsmateriale, mens hovedfokus ligger på de øvrige tre delundersøkelsene. Det første og det tredje datasettet (se figur) var allerede samlet av evaluator som del av den offisielle evalueringen, da undertegnede arbeid ble påbegynt. Datasett nr. 2 er innsamlet av undertegnede, med et todelt siktemål: Deler av informasjonen inngikk i den offisielle evalueringen, men materialet var allerede fra utarbeidelsen tenkt å inngå som del av hovedoppgaven. Alle spørsmålene ble benyttet til begge formål (se vedlegg nr. 5). Skillet dreier seg her om grad av detaljer og nyanser, som er større for hovedoppgavens del.

Rekruttering til ansattintervjuene ble styrt dels utifra ønsket om å dekke alle regioner og størst mulig spredning i virksomhetstyper, dels av praktiske hensyn vedrørende hvem som hadde anledning i det aktuelle tidsrommet. Den første informantgruppen, intervjuet i juni og juli 2003, besto av 10 ansatte. Gruppen ble i mars 2004 supplert med ytterligere 4, for å representere samtlige sosialkontorer og alle kategorier av virksomheter. Totalt 15 av ialt 19 deltakere som fullførte opplæringen ble intervjuet, medregnet en deltaker som ble intervjuet senere i rollen som mellomleder. Av de 4 som ikke ble intervjuet, var ferieavvikling årak for 2, 1 hadde alvorlig sykdom i nær

familie, mens kontakt ikke ble oppnådd med 1. De 3 første ble vurdert som mindre viktige i suppleringsintervjuene, da to var ansatt i en virksomhet som fra før var godt representert og en hadde skiftet arbeidsgiver og flyttet til annen kant av landet. Telefonkontakt bragte imidlertid på det rene at denne personen fortsatt var aktiv bruker av instrumentet, og således også er med i etterundersøkelsen året etter.

I etterundersøkelsen falt samtlige 4 deltakere fra Nordvik ut, da to hadde sluttet i stillingen og to var langtidssykmeldte. Fullstendig informasjon om disse har ikke vært mulig å skaffe. Forøvrig representerer svarene god spredning på variablene virksomhetstype og geografi, de fordeler seg som følger:

8 ansatt i sosialtjeneste av ulike varianter, 3 ansatt i rusbehandling, 3 oppgir kategorien ”annet” som innebærer voksenopplæring og psykiatrioppfølgingstjeneste.

NR.	UTVALG	METODE	TEMA/SPØRSMÅL
1	Alle de 25 deltakerne som påbegynte opplæringen.	Spørreskjema med faste og åpne svaralternativer	Base-line-undersøkelse av kartleggingspraksis på egen arbeidsplass og egen vurdering av denne
2	14 deltakere utvalgt fra alle 4 kommuner og 6 ulike virksomhetstyper	Intervju med halvstrukturerte spørsmål. Refleksjoner over egne svar fra base-line-undersøkelsen	Egen praksis før/etter opplæringen. Fordeler og ulemper for * egen praksis * klientene * virksomheten
3	57 klienter som har gjennomført kartleggingsprosess med ADDIS	Spørreskjema med svaralternativ enig-uenig skala 1-10. Materialet er behandlet med enkle kvanititative analysemetoder	Erfaringer med nye prosedyrer: * opplevelse av respekt * forståelse av problemvurderinger * enighet angående anbefalt tiltak
4	2 fagutviklingsledere og 2 operative mellomledere i to av virksomhetene	Intervju med halvstrukturerte spørsmål/tema	Forankring, forventninger, forhistorie, rekruttering, framtidsstrategier
5	De 19 deltakerne som fulførte opplæringen	Spørreskjema med faste og åpne svaralternativer	Implementering i virksomheten: Brukshyppighet og -mønster, anvendelse av kartleggingsdata, tilfredshet med nettverk, veiledning

			og utnyttelse av metodikken
--	--	--	-----------------------------

3.3.4 Validitet og reliabilitet

En del forskere innenfor den kvalitative tradisjonen distanserer seg fra begreper som validitet og reliabilitet, i og med at disse har sitt opphav i kvantitativ forskningslogikk. Eksempler er forskere innen deler av den feministiske, marxistiske og andre uttalt antipositivistiske tilnærminger. ”Objektivitet, reliabilitet (gjentatte målinger gir samme resultat) og validitet (instrumentet måler det det var ment å skulle måle) – er begreper som har utviklet seg innen kvantitativ forskning som hjelp i motiveringen av kunnskapskrav. Disse begrepene passer dårlig for kvalitativ forskning” (Widerberg 2001:18). Steinar Kvale bruker uttrykket ”Den hellige positivistiske treenigheten” om de nært beslektete aspektene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale 1997:158ff). Kvales prosjekt går ut på å rekonseptualisere disse begrepene slik at de blir relevante for intervjuforskningen. Hans forståelse av validitet framsettes som et alternativ til både full distansering og full aksept av den klassiske kvantitative tilnærmingen, når han foreslår å avmystifisere validitetsbegrepet og hevder at å validere egentlig bare er et unorsk begrep for å kontrollere, å stille spørsmål og å teoretisere. Til bruk i forbindelse med kvalitativ analyse lanserer han derfor begrepene *bekreftbarhet*, *troverdighet* og *overførbarhet*: ”In conclusion, validation involves checking the credibility of knowledge claims, of ascertaining the strength of the empirical evidence and the plausibility of the interpretations.” (Kvale 1995:78). Også Silverman hevder mange av de samme argumentene når han vektlegger ”scientific credibility” i sin gjennomgang. Han refererer et sett med 10 kriterier fra British Sociological Association of Medical Sociology, som en skal kunne stille til god og troverdig forskning, uavhengig av metodisk tilnærming: Metodenes egnethet til det aktuelle spørsmålet som undersøkes, tydelig forbindelse til eksisterende forskning, klart presenterte utvalgskriterier, samsvar mellom metodens sensitivitet og spørsmålets behov, systematikk i datainnsamling og bearbeiding, referanser til aksepterte analysemetoder, analysens grad av systematikk, adekvat diskusjon av hvordan tema, begreper og kategorier ble avledet fra data, adekvat diskusjon for dokumentasjon for og imot forskerens argumenter, klart skille mellom data og tolkning. (Silverman 2001:222).

Denne undersøkelsen består av delundersøkelser gjennomført med ulike metodiske tilnærminger. Således vil den underliggende logikken være noe annerledes i intervjuene,

i klientspørreskjemaene og i etterundersøkelsen med de ansatte. Innholdsmessig er det likevel de kvalitative aspektene de som er tillagt mest vekt, til tross for at for eksempel klientenes opplevelser er registrert med kvantifiserbare mål og ble bearbeidet i statistikkprogrammet SPSS, av faglig ansvarlig for opplæringssprosjektet. Av disse metodiske grunnene vil validitets- og reliabilitetsspørsmålene diskuteres for hver av de tre delundersøkelsene. En samlet vurdering av ekstern validitet, generaliserbarhet eller overførbarhet for materialet i sin helhet gjøres i punkt 16.3 om materialets betydning og begrensninger.

Intervjuene

Reliabilitet dreier seg ifølge Kvale (1997:164) om materialets konsistens, og har relevans i både intervju-, transkripsjons- og analysestadiet. Faren for feiltolkninger resuseres ved bruk av opptak under intervjuene, men en innvending til gjennomføringen kan være at bare ansattintervjuene og ikke lederintervjuene ble skrevet ut fullstendig. Bakgrunnen for dette valget var at lederintervjuene kun er ment som en bakgrunnsinformasjon, ikke som et materiale for en intensiv analyse. Rekrutteringens preg av selvseleksjon kan også ha hatt en viss innvirkning på sluttresultatet, noe som motvirkes av at utvalgets størrelse i forhold til hele deltakergruppa. Det kan imidlertid ikke utelukkes at enkelte av de som ikke var med i intervjuundersøkelsen ville ha hatt utypiske svar i forhold til det materialet som framkom. *Bekreftbarhet*: All den tid denne undersøkelsen ble gjennomført like etter opplæringen var avsluttet, vil etter alt å dømme en gjentakelse med det samme utvalget idag ha gitt andre svar, noe på mange måter etterundersøkelsen også indikerer, selv om den er gjort med andre metoder. Om en derimot gjorde et tilsvarende utvalg ved en annen opplæring av samme type vil det være mer sannsynlig at de samme svarene kunne innhentes. Om andre forskere ville få nøyaktig de samme svarene er imidlertid mindre trolig, all den tid den semistrukturerte formen har åpnet for en betydelig variasjon i oppfølgingsspørsmål og innspill fra intervjuers side, noe som naturligvis er preget av for forståelse og fagkompetanse. *Troverdighet*: Det brede utvalget etterlater inntrykket at informasjonen som framkommer er sannferdig og gjennomtenkt, idet informantene gir svært sammenfallende opplysninger i denne fasen.

Klientundersøkelsen

Reliabilitet eller pålitelighet vil i denne sammenheng dreie seg om hvorvidt svarene er korrekt avgitt og registrert. I og med at en stor andel av respondentene kan ha vært i rus

mens svarene ble avgitt, vil det være rimelig å anta at det kan ha forekommet feilregistreringer. Noen stort problem er dette neppe all den tid det forutsettes en akseptabel tilstanden for å kunne gjennomføre selve kartleggingsintervjuet i forkant. Likeledes er det vanlig at lese- og skrivevansker er overrepresentert i denne gruppa, noe som antakeligvis vil ha fungert i samme retning og kanskje er en mer betydelig faktor. At skjemaene ble utfylt med den ansatte tilstede har trolig motvirket dette noe, ved muligheten til å spørre om noe framsto uklart. I tillegg kan det stilles spørsmål ved om utvalget her kan sies å være representativt for helheten. Som nevnt er størrelsen på bortfallet ikke helt nøyaktig fastslått, men dersom alle ansatte har gjennomført 4 opplæringsintervjuer skulle materialet bestått av 72 svar istedenfor 57. Bortfallet kan bestå av glemt å sende utfylt skjema, skjema glemt utfylt, klienten har vegret seg mot å fylle ut, eller andre årsaker. Imidlertid kan det være grunn til å frykte at de klientene som har vært negative til kartleggingsformen også kan ha vært motvillige til å fylle ut enda mer skjema, slik at disse svarene er blitt underrepresentert i det endelige utvalget. Intern validitet er her primært et spørsmål om respondentene har forstått det samme med spørsmålene som skjemaets opphavsmann har ment. For å motvirke en eventuell slik effekt er det lagt inn flere spørsmål som er ment å fange ulike sider ved den samme dimensjonen, eksempelvis separate spørsmål for respektert og krenket, og tilsvarende for bevisstgjort eller fremmedgjort. Den viktigste dimensjonen i klientundersøkelsen som vedrører opplevelsen av å bli behandlet med respekt framkommer dessuten i både kartleggingsintervjudelen (skjemadel A) og i oppfølgingsspørsmålsdelen (skjemadel B), noe som utgjør en ekstra kontroll, selv om de ikke beskriver samme situasjon.

Etterundersøkelsen

Reliabilitet kan i denne sammenhengen særlig være spørsmål om de ansatte har oppgitt korrekte svar uten fordreining, og om materialet er riktig manuelt opptalt og systematisert. *Intern validitet* vil i etterundersøkelsen ha stor relevans til om spørsmålene har vært gode mål på det de foregir å måle. Tre av respondentene har avgitt svar gjennom en telefonisk purring, og noe som samtidig har hatt en viss kontrollfunksjon. Særlig respondentenes oppfatning av begrepet ”systematisk” (se vedlegg nr. 8a) er her et avgjørende element, og uformell kontakt har gitt visse signaler om at bruksområdene som etterspørres har vært representert i det praktiske arbeidet i større grad enn svarene kan gi inntrykk av. Respondentens vurdering av hvilken praksis som fortjener betegnelsen systematisk, vil her være avgjørende for svaret på spørsmålet. Svarene skal her

oppsummeres med en viss grad av forsiktighet, på grunn av denne mulige unøyaktige formuleringen.

3.3.5 Oppgavens etiske rammeverk

Etikk i evalueringssammenheng kan ofte ha karakter av et nokså pliktmessig påhengt punkt mot slutten av innledningen, framfor at det gjennomsyrrer tilnærmingen til design- og metodevalg. Forskerblikket assosierer ofte etiske overveielser med hindringer, framfor en myndiggjørende dialog. Et eksempel er Thagaards grunnbok i kvalitative metoder (Thagaard 1998:20), hvor det i en overskrift oppfordres til "Fokus på etiske problemer". Spørsmålet dreier seg imidlertid om både faglig troverdighet og overordnet siktemål med forskningsarbeidet. Hva forskningen ønsker å oppnå med arbeidet, for informantene, for kunnskapsstatus på feltet og for en selv? David Silverman setter opp tre almenne sentrale etiske prinsipper som fokuserer på forskerens ansvar: "1) Decide what is the *purpose* of your research. 2) Examine which individuals or groups might be *interested or affected* by your research topic. 3) Consider what are the *implications* for these parties of framing your research topic in the way you have done." (Silverman 2001:54, mine uthevinger).

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utformet retningslinjer for forskerens etiske ansvar: (WWW.etikkom.no/Etikkom/retningslinjer/NESHretningslinjer). Tilsvarende organer finnes for øvrige fagsektorer. De individuelle konsekvensene av samfunnsvitenskapelig forskning kan være vanskeligere å få øye på enn tilsvarende innen for eksempel medisin. Nettopp fordi det ofte benyttes metoder som til forveksling likner en alminnelig fortrolig samtale, øker faren for at rekkevidden av å avgi konfidensiell informasjon undervurderes. Situasjonens assymetriske maktfordeling kan være vanskeligere å gjennomskue, men "Hvor den egentlige samtale er gensidig og åben, er den professionsudnyttede samtale ensidig og åben. Og hvor den egentlige samtale er gensidig fortrolig, er interviewet ensidigt fortrolig. (Fog 1994:21). Forskerens ansvar er derfor ikke mindre for å ivareta informantens interesser i denne sektoren.

Empowermentbegrepet har vist seg svært vanskelig å oversette til skandinavisk. Mange foretrekker derfor å bruke det engelske ordet, framfor det norske forsøket *myndiggjøring*. En mer dagligdags betydning ville være "styrking". Begrepet representerer en bestemt ideologisk tilnærming innen forskning og praktisk sosialt arbeid

og en egen retning innen evaluering, med innholdsmessig slektskap til 70-årenes *aksjonsforskning*. Et sentralt prinsipp i ideologien er at dokumentasjon og forskning ved siden av å produsere holdbar kunnskap, også skal legge til rette for en styrking av den underordnetes maktposisjon (Andersen, Brok og Mathiasen 2000). Helt sentralt i opplæringsprosjektets verdigrunnlag ligger heving av de ansattes kompetanse og faglige trygghet, i overensstemmelse med empowermentideologien. Denne tilnærming har vanligvis sluttbrukerne av offentlige tjenester i fokus, i denne sammenheng altså *klientene*. Et underliggende aspekt i opplæringen har derfor vært hvorvidt en slik satsing på ansattes kompetanse, også kan ha styrkende effekter på klientnivå. Kjernen i empowermentprosessen vil være å bidra til å redusere virkningen av undertrykkende strukturer, gjennom økt innflytelse i beslutningsprosessen, og bedre kontroll med egen rehabilitering. Et empowermentperspektiv i kartleggingsintervjuer med rusklienter kunne ha som målsetning en reformulering av mening for informantene og derigjennom muligheter til en mer helhetlig situasjonsforståelse som kan åpne opp for mer adekvate handlingsalternativer for å realisere forbedringer i egen situasjon.

3.4 Lederundersøkelsen

3.4.1 Virksomhetene

Formålet med disse intervjuene var først og fremst å få mer bakgrunnsinformasjon vedrørende prosjektets forhistorie og forankring, samt et innblikk i strategier omkring implementering av instrumentet. De to største kommunene Nordby og Østby ble valgt fordi disse forpliktet seg i gjennomføring av prosjektet, for senere å inviterte med seg to nabokommuner for å fylle opp ledige plasser på kurset. Lederne ledet hver sin enhet med ansvar for spesialisert oppfølging av rusmiddelmissbrukere i henhold til kapittel 6 i Lov om sosiale tjenester, men dog med visse klare forskjeller. For Nordby sitt vedkommende er alle såkalte kapittel 6-tjenester (se punkt 8.1) i form av utredningsoppgaver og forvaltningsvedtak, utskilt i en tredelt tverrfaglig fellestjeneste kalt sosialmedisinsk senter, SMS. Denne enheten består av den spesialiserte sosialtjenesten, et eget lavterskel helsetilbud for rusklienter samt poliklinisk rusbehandling. Leder for den sosialfaglige delen understreker at brukerne oppfatter det hele som en enhet, selv om de tre delene er selvstendige forvaltningsenheter og har separate publikumsmottak i samme bygning. De

tre enhetsdelene bruker et felles mottaksskjema for registrering av nye klienter, som blant annet benyttes i ukentlige samarbeids- og fordelingsmøter. Enheten i Nordby fungerer som en spesialisert tradisjonell forvaltningsenhet med ansvar for avklaring av behov, utredningsoppgaver, matching av klienter til rett tiltak og formelt ansvar for tiltaksbeslutninger i vedtaksform. Siden Nordby er en storby, er det rimelig å finne en relativt høy grad av spesialisering i tiltaksfloraen. En egen kommunal enhet for miljøarbeidertjenester tilbyr således lavterskeltiltak med direkte oppfølging i hjemmet, til blant andre rusklienter.

Enheten i Østby, kalt Rus- og psykiatrienheten, definerte sitt ansvarsområde bredere. De hadde riktignok mange av de samme forvaltningsoppgavene bortsett fra selve den formelle vedtaksprosedyren, som her var tillagt en egen forvaltningsenhet. I tillegg hadde de imidlertid ansvar for en viss grad av oppsøkende funksjoner som i Østby var tillagt miljøarbeidertjenesten. De definerte da også sitt mandat som et spesialisert lavterskeltiltak, vel så mye som en avdeling av sosialkontoret.

Organisering for øvrig er noe ulik i de to kommunene. Vedrørende sosialtjenesten var dog felles at begge kommunene hadde skilt den operative oppfølging av misbrukere fra den økonomiske saksbehandlingen, av forståelige grunner et velkjent konfliktområde. Dette er vel også en av årsakene til at diskusjoner omkring mest hensiktsmessig organisering av tjenestetilbudet til denne gruppa – generalist- eller spesialistmodell – er et stadig tilbakevendende tema. Et annet fellestrekk i de to kommunene var at Østby nylig hadde gjennomført en omfattende omlegging fra tradisjonell etatsorganisering til fagenheter med direkte rapportering til rådmann, mens dette var noe Nordby hadde gjort noen år tidligere. Østby hadde i samme anledning gått over til en bestiller-utfører-modell, hvor forvaltningsoppgavene i prinsippet var utskilt som en egen enhet. For tilfellet med rusklientene var dette imidlertid ikke helt rendyrket, all den tid den nyopprettede oppfølgingsenheten for Rus- og psykiatri satt med spesialistkompetansen på feltet, inkludert kartleggingskompetansen. I praksis kunne det derfor her være denne enheten som utførte saksforberedende utredningsoppgaver før forvaltningsenheten fattet et formelt vedtak om oppfølgingstjenester, for deretter å iverksette oppdraget.

3.4.2 Informantene

Det ble valgt ut henholdsvis en sentralt plassert *fagutviklingsleder* i stabssfunksjon og en operativ *mellomleder* i hver av de to hovedkommunene. De aktuelle lederne ble valgt ut

på bakgrunn av sentral plassering i sine respektive organisasjoner og i forhold til sin involvering i den aktuelle implementeringsprosessen. De to fagutviklingslederne var i det aktuelle tidsrommet ansatt i stabssfunksjoner, mens begge tidligere hadde vært sosialledere i de respektive kommunene. De to mellomlederne hadde i sine respektive sosialtjenester ansvar for de klientrettede enhetene hvor ADDIS var mest i bruk, og hadde både faglig og personalmessig ansvar i tillegg til direkte klientrettede oppgaver. Begge var selv sertifiserte ADDIS-brukere, den ene fra tidligere kursing gjennomført i kommunal regi og den andre etter deltakelse i det aktuelle opplæringsprosjektet.

3.4.3 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i mars 2004, på de respektive ledernes kontorer, og tok mellom 50 og 80 minutter. Temaoversikten (se vedlegg 3 for intervjuguide til fagutviklingslederne og vedlegg 4 for guide til mellomlederne) ble tilsendt i forkant av intervjuene, og det ble gjort opptak, som senere kun er utskrevet i hovedpunkter.

3.5 *Ansattundersøkelsene*

3.5.1 Ansattinformantene og deres arbeidsområder

Materialet fra *etterundersøkelsen* er gruppert etter virksomhetstype, som ble kategorisert i forkant av etterundersøkelsen, i form av 3 faste svaralternativer og en åpen kategori på spørreskjemaet. De ialt 14 ansatte som deltok i de to *intervjurundene* var hjemmehørende i følgende virksomheter (se vedlegg nr. **):

Nordby kommune:

1 konsulent ved sosialetatens enhet i Sosialmedisinsk senter. Virksomheten er et tverrfaglig og tverretatlig spesialisert samarbeidstiltak for rusklienter. Informanten hadde særlig ansvar for førstegangsmottak av klienter med rusproblemer og innsøkning og videre oppfølging av klienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). 1 psykiatrisk sykepleier ved hjemmetjenesten, med ansvar for brukere med alle typer psykiske lidelser og derav noen med varierende grader av rus- og medikamentproblematikk.

Statlig virksomhet i Nordby:

1 miljøterapeut ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Virksomheten er en spesialisert utredningspost for rusklinter, som også systematisk benytter M-CIDI til kartlegging av rusproblemer og psykiatriske symptomer. 1 terapeut i spesialisert poliklinikk for rusbehandling, under Sosialmedisinsk senter. Enheten ble i forbindelse med rusreformen overført fra fylkeskommunal til statlig virksomhet 01.01.04. Det tilbys både sporadiske avklarende samtaler og mer langsiktige terapeutiske opplegg.

Nordvik kommune:

4 saksbehandlere ved sosialtjenesten med generalisert organisering og arbeidsoppgaver knyttet til bl.a. rus og økonomi og alle andre typer problematikk.

Østby kommune:

2 i kombinerte miljøterapeut/saksbehandlerstillinger i rusdelen av Psykiatri- og rustjenesten, en spesialisert enhet under sosialtjenesten. Enheten yter langsiktig oppfølging for belastede klienter med komorbiditet rus/psykiatri og LAR-klienter. I tillegg til disse 2 ble enhetens mellomleder senere interjuet som en av de fire i lederutvalget, da naturligvis også med synspunkter fra deltakelse i opplæringen og aktiv bruk av instrumentet. 1 pedagogisk konsulent ved et voksenopplæringstiltak organisert under sosial-, og skoleetaten i kommunen i nært samarbeid med aetat og trygdeetat. I målgruppa er blant andre langvarige sosialhjelpsmottakere og virksomheten utreder og bygger individuelle arbeidstreningsopplegg.

Østvik kommune:

3 saksbehandlere ansatt i sosialtjenesten, med generalistansvar overfor rusklinter.

Respondentene fra *etterundersøkelsen*, er i stor utstrekning overlappende med informantene fra intervjuene, idet 8 personer kan gjenfinnes i begge utvalgene. 6 personer deltok kun i intervjuene og 5 bare i etterundersøkelsen, mens en person ikke deltok i noen av de to. I tillegg kommer den ene mellomlederen, som deltok i etterundersøkelsen, men ble interjuet i ledergruppa og således ikke er registrert i ansattintervjuene.

3.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Ansattmaterialet består av to ulike datasett, hvor det første består av intervjuer og det andre av spørreskjemaer. Det siste er innhentet spesifikt for hovedoppgaven, det første med både evalueringen og hovedoppgaven for øyet. Deltakerintervjuer ble gjennomført

umiddelbart etter fullført opplæring, i juni og juli 2003. Intervjuer ble gjort med et selvselektert utvalg på 10, av ialt 19 som fullførte utdanningen innen prosjektet. Suppleringsintervjuer med ytterligere 4 deltakere ble gjennomført i mars 2004, for å dekke alle deltakerkommuner og alle virksomhetstyper. Med unntak av de siste tre informantene, som var ansatt i samme virksomhet og ble intervjuet sammen i gruppe, ble alle intervjuene gjennomført individuelt. Alle unntatt ett, der informanten reserverte seg, ble tatt opp på disc, og senere skrevet ut i sin helhet. Intervjuene tok fra 55-90 minutter og ble gjennomført på vedkommendes kontor, med unntak av ett som på grunn av ferieavvikling ble avviklet på en kafé. Spørsmålene tok utgangspunkt i informantenes beskrivelser av egen kartleggingspraksis og grad av tilfredshet med den, slik disse var registrert på spørreskjema fra base-line-undersøkelsen ved opplæringens oppstart (se vedlegg nr. 2 for spørreskjema til base-line og vedlegg nr. 5a for intervjuguide til ansattintervjuene). Base-line-undersøkelsen er forøvrig ikke bearbeidet i hovedoppgaven, utover å danne grunnlagsmateriale for refleksjoner i intervjuene.

3.5.3 Gjennomføring av etterundersøkelsen

Etterundersøkelsen ble basert på spørreskjema til deltakerne, og ble gjennomført halvannet år etter fullført opplæring, i perioden november 2004-januar 2005. Skjemaet ble sendt 19 personer. Av disse kom 8 svar tilbake i løpet av en treukersperiode, 3 svar kom etter påminnelse i brev form og ytterligere 3 ble gjennomført som telefonintervju med det samme spørreskjemaet som grunnlag. Undersøkelsen ble således oppsummert med svar fra 14, bortfallsanalyse er gjennomført for de resterende 5 deltakerne: 2 personer var langtidssykemeldte og kontakt ble ikke oppnådd. 2 hadde skiftet arbeidsgiver, telefonisk kontakt ble oppnådd med den ene, som likevel ikke svarte, 1 jobbet freelance og kontakt ble ikke oppnådd. Uformelle informasjonen indikerte at kun en av disse 5 fortsatt brukte instrumentet, og da i relativt utstrakt grad, på oppdrag fra kommuner og andre.

3.6 Klientundersøkelsen

3.6.1 Respondentene

Informantgruppa var praktisk talt jevnt fordelt mellom kvinner og menn, aldersmessig nokså jevnt fordelt i segmentene 20-29, 30-39 og 40-49 år, samt noen få deltakere som var yngre eller eldre. Fra casedrøftigner under opplæringen vet vi at gruppa hovedsakelig besto av sosialt belastede blandingsmisbrukere, selv om denne informasjonen ikke er registrert systematisk i spørreundersøkelsen på individnivå.

3.6.2 Spørreskjemaet

Klientskjemaet var todelt, hvor del A (se vedlegg nr. 6a) ble besvart umiddelbart etter selve kartleggingsintervjuet, og del B (vedlegg nr. 6b) umiddelbart etter oppfølgingssamtalen, normalt omlag en uke senere. Hver del har henholdsvis 6 og 8 spørsmål relatert til den strukturerte intervjuformen og analyseverktøyet, og klientens tanker omkring denne nye metodikken. Spørsmålene er formulert som påstander, svaralternativene består i avkryssing på en enig-uenig-skala gradert fra 1-10. Det finnes i tillegg et åpent kommentarfelt. Spørsmålene er utformet med henblikk på å ivareta brukerperspektivet i prosjektevalueringen, ikke i sammenheng med. Forbindelseslinjen til pasientrettighetsloven er altså i sin helhet gjort av undertegnede i ettertid, for analysen i hovedoppgaven.

3.6.3 Gjennomføring

I forbindelse med den offisielle prosjektevalueringen ble det iverksatt en datainnsamling fra alle klienter som ble kartlagt under opplæringen, for å systematisere deres erfaringer med de nye kartleggingsprosedyrene. De ansatte ble allerede fra første opplæringskartlegging bedt om å formidle spørreskjemaet til sine klienter. Disse kartleggingene foregår nøyaktig som vanlig, men klienten får beskjed om at intervjueren er under opplæring og mottar veiledning på gjennomføring og bedømmelser før informasjonen gis tilbake i bearbeidet form. De ansattes valg av klienter til disse intervjuene er ikke undersøkt systematisk, men uttalelser fra de ansatte kan tyde på de viktigste rekrutteringskriteriene var aktuelt behov for kartlegging og tilgjengelighet for avtaler på tidspunktet.

Svarene ble avgitt konfidensielt i forhold til den ansatte som gjennomførte kartleggingen, og sendt HiØ i separat, lukket konvolutt. Dataene ble av ansvarlig

evaluator på Høgskolen i Østfold samlet, systematisert og analysert med enkle kvantitative mål i statistikkprogrammet SPSS. For hovedoppgavens formål har det ferdige materialet fått en omarbeidet presentasjonsform, og vil kun kort bli referert uten å gå mer detaljert inn i selve undersøkelsen (Dahl, 2004:30-43, upublisert evalueringsrapport til Kirke-, Undervisnings- og Forskningsdepartementet).

I løpet av selve prosjektperioden var det innkommet 57 skjemaer der begge delene er besvart, disse danner datagrunnlaget for det foreliggende materialet. De 57 svarene i materialet innbafatter kun skjema som er fullstendig besvart, det vil si for både hovedintervju og oppfølgingssamtale. Ved siden av disse finnes det i virksomhetenes journalarkiver en del skjemaer der det av ulike grunner ikke er gjennomført oppfølgingssamtale, og klienten således ikke har besvart skjemaets del B. Hvor mange dette kan dreie seg om er ikke registrert, men selve opplæringskartleggingene skulle tilsi et totalt antall klienter på 72 klienter fordelt på 18 deltakere. Det kan med andre ord dreie seg om i størrelsesorden 15 skjemaer som av ulike grunner enten ikke er utfylt, er ufullstendig utfylt eller er blitt liggende i journal slik at de ikke har nådd fram til registreringen

DEL II: TEORETISK FUNDAMENT

Kapittel 4 Offentlig strategi for kvalitetsheving

4.1 *Kvalitetsbegrepet*

Begrepet kvalitet kan likeledes ha noe ulik valør etter hvilken ideologisk modell en legger til grunn og hvilket fagområde modellen opprinnelig er utviklet for, siden mye av teorien på dette området er importert fra næringslivssektoren. En definisjon for vårt fagfelt er hentet fra St.meld. 28 (1999-2000) "Innhald og kvalitet i omsorgstenestene":

"Kvalitetsutvikling er ein dynamisk prosess som omfattar både vurdering, betring, sikring og kontroll. Å drive kvalitetsutvikling inneber å evaluere ei verksemd så nøye at ein kontinuerleg og systematisk forsikrar seg om at den held dei kvalitetsmål som gjeld, og å fatte avgjerder for å utvikle det som ikkje fungerer tilfredsstillande." St.meld. 28 (1999-2000, s.19). Sosial- og helsedirektoratets dokument kalt "... og bedre skal det bli!" vedrørende Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, tar utgangspunkt i at "brukerne skal oppleve at tjenestene er faglig gode, samordnet og helhetlige og at de blir levert på en menneskelig sett god måte" (Sosial- og helsedirektoratet 2004:5). Videre beskrives følgende krav til sosial- og helsetjenester av god kvalitet: "De er virkningsfulle, trygge, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt." Sosial- og helsedirektoratet 2004:8). Den sentrale rollen brukerne har fått i kvalitetsvurderinger er av forholdsvis ny dato, de mest ytterliggående ideologiene definerer også kvalitet med basis i brukeren. Fylkesmannen i Østfold har utformet prinsipper for kvalitetsutvikling i sosialtjenesten ved hjelp av brukerundersøkelser. Her påpekes at sosialtjenesten må forholde seg til kvalitetskrav knyttet til såvidt ulike aspekter som brukerens behov og forventninger, lover og retningslinjer samt faglige standarder (Fylkesmannen i Østfold 1998:8f). Et annet moment som framheves, er at enhver kvalitetsvurdering knyttet til tjenesteyting ikke utelukkende kan fokusere på kriterier ved *tjenesteproduktets innhold og volum*, men samtidig må ta i betraktning faktorer knyttet til selve *tjenesteytingsprosessen*. Disse to dimensjonene kan i mange tilfeller vanskelig la seg skille, noe som blir spesielt tydelig når tjenesten er råd og veiledning.

4.2 *Helhetlig perspektiv i helse- og sosialsektorene*

Den faglige tilnærmingen med hensyn til kvalitetstenkning kan være noe ulik i helse- og sosialsektorene, blant annet som følge av langvarige fagtradisjoner. Når kvalitetsmål knyttes til helhetlige tjenester, skulle det være nærliggende å tenke seg at begge de to sektorenes strategier og programmer er høyst relevante for rusfeltet. Rusreformens overføring av behandlingsansvar for rusklienter til helsesektoren, innebærer samtidig at ansvaret langt på vei er blitt mer delt enn det var da sosialsektoren hadde et tydeligere eneansvar. Her skal kort redegjøres for noen av de sentrale planer og utredninger på feltet:

I NOU 2004:18 *Helhet og plan*, gjennomgås rammebetingelsene for samarbeid og helhetlig tilnærming mellom nivåer og mellom sektorer, i form av juridiske og organisatoriske føringer. Det overordnede målet er ”et tjenestetilbud som er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset, og holder et faglig forsvarlig nivå.” (NOU 2004:18, s.14). Fokus er her primært helsesektoren, men som nevnt er deler av sosialsektoren tatt med – nettopp av den grunn at temaet omhandler helhetlig samarbeid. Rusreformens utfordringer ble påtakelige også for arbeidsgruppa bak utredningen NOU 2004:18 ”*Helhet og plan*”, all den tid deres mandat ble fastsatt før rusreformen, mens utredningen ble avgitt etter iverksetting. Mandatet måtte følgelig endres underveis i arbeidsprosessen, for å inkludere de sosialfaglige tjenestene som vedrører spesialisert rusbehandling.

Utredningsgruppen har vurdert tre ulike varianter av harmonisering av dagens lovverk, og konkluderer med en anbefaling om at dagens helse- og sosiallovgivning erstattes av ett felles lovverk. Som et kjernepremiss for denne konklusjonen ligger hensynet til oversikt og anvendelighet både for tjenesteytere og -mottakere. Individuell plan omtales som et viktig virkemiddel for å ivareta selvbestemmelse og innflytelse for tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov:

Individuell plan skal bidra til at kontakten med tjenesteapparatet styrkes, at tjenestemottakeren sikres trygghet og forutsigbarhet, samt at tjenestene blir utformet ut fra den enkelte tjenestemottakers individuelle behov. I tillegg skal individuell plan også være et verktøy for samarbeid mellom ulike eforvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer. Individuelle planer kan også være egnet til å avklare ansvarsforhold, samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. (NOU 2004:18, s.17)

Et av de aller nyeste offentlige dokumenter på feltet, NOU 2005:3 ”*Fra stykkevis til helt*” omhandler samme type problemstillinger, men inntar en mer praktisk innfallsvinkel i

retning konkret gjennomføring. Også her omtales individuell plan som et godt egnet verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten. Imidlertid påpeker utvalget at retten til individuell plan fortsatt er lite kjent, og anbefaler derfor en grundig informasjonskampanje for å bedre situasjonen (NOU 2005:3, s. 16).

4.3 *Innsatsområder for styrking av praksisfeltet*

Kvalitetsstrategier har relevans til kartleggingstematikken på flere måter. For det første naturligvis som fundament for individuelt tilpassete og dokumenterte beslutninger som vedrører valg av tiltak. Dernest er det ikke mindre viktig for å kunne utvikle en sosialtjeneste med sammenheng til forskningen. Ulla Järgeby uttaler i en delrapport om kartlegging i den svenske satsningen ”Nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten”:

I arbetet med att nå evidensbaserad kunskap är det framför allt två yrkeskategorier som i sitt arbete är viktiga. Den ena är praktiskt verksamma socialarbetare som i sitt arbete systematiskt bedömer brukares/klienters behov och resultaten av beslutade insatser. Den andra gruppen är forskare som i särskilda projekt ägnar sig åt att studera effekterna av olika insatser. (Järgeby 2004:10).

Sosial- og helsedirektoratets rapport ”... og bedre skal det bli!” (Sosial- og helsedirektoratet 2004) konkretiserer visjonene for en nasjonal kvalitetsstrategi ved at den henvender seg direkte til aktørene i praksisfeltet: Utøvere, brukere og ledere.

Dokumentet bygger videre på tidligere kvalitetshevingsprosjekter innen sosialkontortjenesten som ”Kunnskap og brubygging” i perioden 1998-2001 (Helse- og Sosial- og helsedepartementet 1998). Den nye strategien retter oppmerksomheten mot innsatsområder som system og prosess, organisasjonskultur, økonomiske virkemidler, teknologiske løsninger, samt utøvernes holdninger, verdier og kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet 2004:14). Her poengteres dessuten at utviklingen innen dette feltet har gitt en ny måte å tilnærme seg kvalitetsarbeid fra tidligere hovedfokus på hva som ble gjort og hvordan arbeidet ble utført, til dagens utvidete fokus på *kontinuerlig forbedring via menneskelige samhandlingsprosesser* i form av barrierer for tverrgående samarbeid. De tre hovedelementene som utgjør strategiens fundament er brukerne, samarbeidet mellom utøvere, og ikke minst utøvernes kompetanse. Her utdypes begrepet *forbedringskunnskap* – som blant annet innebærer kartlegging av samspillet mellom

bruker og utøver, teknologi og organisasjon, refleksjon over praksis og erfaringsutveksling, kartlegging av prosesser og systemer, samt evaluering av forholdet mellom oppnådde og forventede resultater.

Når det gjelder de ulike innsatsområdene, er særlig strategiens tiltak for å *styrke brukeren* relevante for herværende studie, idet den blant annet trekker fram tiltak for å forbedre samarbeidet mellom bruker og utøver, tiltak for å utvikle metoder for å involvere brukeren i beslutningsprosesser, tiltak som sikrer ivaretagelse av respekt og medvirkning, tiltak for å vurdere sosialklienters rettigheter i lys av pasientrettighetsloven og tiltak for å forbedre informasjon til brukerne (Sosial- og helsedirektoratet 2004:19).

Også med hensyn til innsatser rettet mot *tjenesteutøverne*, finner vi tiltak som er relevante for denne studiens fokus, idet det foreskrives blant annet tiltak som sikrer at ny og relevant kunnskap tas i bruk i tjenesten og kommer brukerne tilgode, tiltak som tar sikte på å utvikle faglige verktøy for beslutningsstøtte, samt tiltak som sikrer at tjenestene bygges på et solid kunnskapsgrunnlag (Sosial- og helsedirektoratet 2004:20).

På innsatsområdet som vedrører ledelse og organisasjon – sammenheng og helhet, understrekes at sikring av kvalitet på tjenester som leveres og gode kvalitetsutviklingsprosesser er et *lederansvar*. Aktuelle tiltak som fremheves er å stimulere ledelsesmodeller som fremmer forbedring, å utvikle bevissthet om kulturens betydning for forbedringsarbeidet, utvikle retningslinjer for god ledelse og måling av lederkvalitet, samt utvikling av ordninger som sikrer sammenheng i tiltakskjeder bestående av ulike deltjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2004:21). Et avgjørende premiss for å lykkes, som viste seg å være svært sentralt for utøverne i ADDIS-prosjektet, er at arbeidet forankres skikkelig: ”Forbedringsarbeid fordrer at det settes av tid og ressurser, slik at utøverne gis mulighet for å reflektere over egen praksis, teste ut ulike tiltak for forbedring, evaluere resultatene og eventuelt justere kursen. Det kreves med andre ord at en utvikler en kultur som rommer forbedringsarbeid.” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:16). I rusreformen er også *helhet* vurdert som et viktig element for at tjenestetilbudet skal kunne betegnes som kvalitetsmessig godt, og flere satsninger er foretatt i sakens anledning: Det ble i 2003 oppnevnt et eget lovutvalg (kalt Bernt-utvalget, NOU 2004:18) som særlig har vurdert mulighetene for bedre samordning mellom den kommunale helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Tilsvarende har et departementalt utvalg vurdert sammenhengen mellom tjenestetilbudene mellom 1. og 2.linjetjenestene (kalt Wisløff-utvalget, NOU 2005:3).

4.4 Rusreformen

4.4.1 Kvalitetsheving

Foranledning for innføring av reformen, de overordnede målsetningene med den og de mest innflytelsesrike offentlige dokumentene i saken er presentert i oppgavens innledning og i temapresentasjonen i punkt 1.2. Det faktum at planlegging av reformen opprinnelig ble påbegynt som en organisatorisk opprydning etter sykehusreformen, har etterhvert blitt overskygget av det politiske budskapet om at dette er en kvalitetsreform, der satsing på klienten er et av sakens kjerneområder. Helsedepartementet vedgår i sitt strategidokument at kvaliteten på tjenestene til denne gruppa er for dårlig: ”Stortingets overordnede mål med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre.” (Helsedepartementet 2004b). Slik sett inngår rusreformen i en større sammenheng, hvor en i løpet av noen få år har fått pasientrettighetsloven, revisjon av helselovene, diverse styrkingsprogrammer for kvaliteten i sosialtjenesten, og en ny offentlig kunnskap om at rusklienter i mange år har hatt en underdekning i i forhold til sitt behov, når det gjelder tradisjonelle helsetjenester.

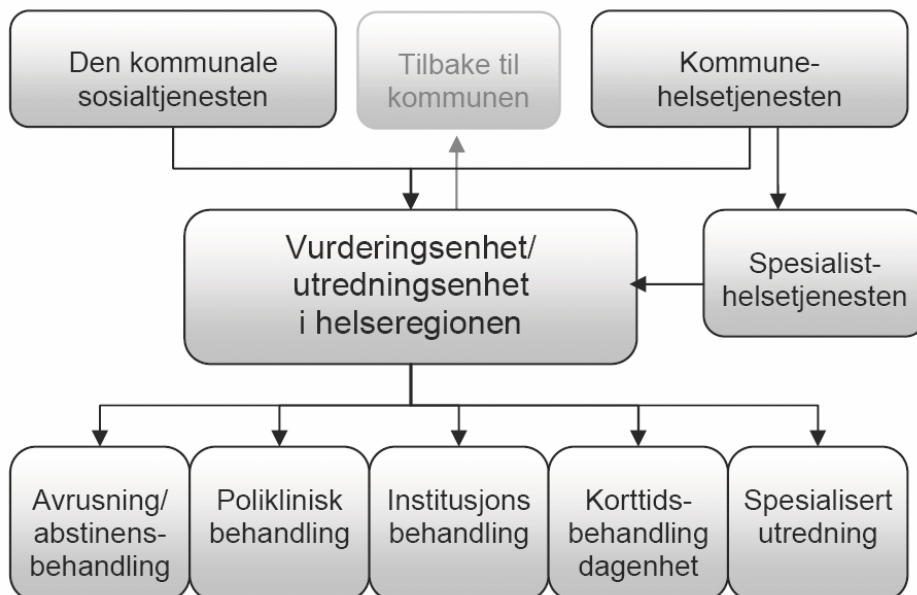
Samtidig med rusreformen ble også forbindelseslinjen mellom kvalitet og brukermedvirkning styrket, via fokus på rettigheter og individuell tilnærming. Når rusklientene ble til ruspasienter fikk de samtidig utvidete rettigheter. Helsedepartementet utga i sakens anledning et rundskriv for å orientere om hvordan de eksisterende reglene skulle fortolkes på dette nye fagfeltet, sammen med en orientering om endringer i spesialisthelstjenesteloven (Helsedepartementet 2004c).

Tilsvarende har sammenhengen mellom individuell tilnærming og evidensbasert praksis fått økt fokus blant annet via reglene for individuell plan. På enkeltklientnivå vil en bevisst satsning på effektive tiltak forutsette nettopp et individuelt perspektiv og at man går bort fra standardløsninger og grove kategorier, i tillegg til len kvalitetssikring av tiltakene isolert sett.

4.4.2 Organisering av kartleggingsoppgaver

Det formelle utredningsansvaret i forbindelse med vurdering av rett til behandling, er lagt til de regionale helseforetakenes utpekte enheter til dette formål. Det synes i liten grad som om valg av organisatoriske løsninger baserer seg på faglige vurderinger, men i større

grad på tradisjoner i form av innarbeidet praksis og eksisterende organisatoriske enheter. En slik pragmatisk tilnærming gir seg uttrykk i variasjoner på flere plan, blant annet i de regionale helseforetakenes svært ulike valg av organisering av disse tjenestene: På regionalt nivå kan dette være som eget rusforetak slik det er løst i Helse Midt-Norge, eller som del av psykiatri- eller somatikkdivisjoner slik det er organisert i de fire øvrige helseregionene. Det konkrete behandlingsbehovet vurderes for eksempel av en spesialisert døgnenhet for utredning, slik det gjøres i Vestfold, eller i en sosialmedisinsk poliklinikk, slik det praktiseres i Østfold. For begge tilfellene gjelder at ansvarlig vurderingsinstans – til forskjell fra den kommunale sosialtjenesten – er uten særlig tradisjon for saksbehandlingsfunksjoner, men derimot sitter med mengder av terapeutisk kompetanse. Figuren illustrerer saksgangen etter innføring av rusreformen:



(Alver m.fl. 2004:40).

Hvor grensene er tenkt trukket mellom det kommunale og det statlige utredningsansvaret er imidlertid ikke klart formulert, når Helsedepartementet beskriver ansvaret for utredning:

Den kommunale helse- og sosialtjenesten har i utgangspunktet som oppgave å vurdere hjelpe- og behandlingsbehov. For personer med omfattende rusmiddelproblemer eller sammensatte problemer, vil det ofte være nødvendig med ytterligere utredning og kartlegging fra spesialisthelsetjenesten. Dette for å diagnostisere eventuelle somatiske og/eller psykiske sykdommer. En utredning skal bl.a. kartlegge rusmiddelbrukets omfang og misbrukerens livssituasjon, men skal også kartlegge følgetilstander av

rusmiddelmissbruket, herunder diagnostisere psykisk og somatisk helsetilstand. *Gjennom rusreformen utvides ansvaret for utredning fra sosialtjenesten til også å gjelde spesialisthelsetjenesten.* Dette sikrer rusmiddelmissbrukeren en bistand som i større grad er basert på hjelpebehov vurdert utifra kartlegging og diagnoser. At spesialisthelsetjenesten får ansvar for utredning og diagnostisering, understreker at det dreier seg om å fange opp medisinsk og psykososial tilstand og behandlingsbehov. Slik sett skiller det seg fra kommunens generelle utredningsansvar. (Helsedepartementet 2004b:Kap.8, min utheving).

Dersom den juridiske vurderingen er plassert hos en instans som pasienten ikke forøvrig har kontakt med, vil det være behov for et større forarbeid fra kommunens side før henvisning utarbeides, og faren for dobbeltarbeid kan synes nærliggende. Hvor mye utredning som forventes å ligge til grunn for en henvisning til helseforetaket med forespørsel om behandling, synes noe uklart. Imidlertid vil det i mange tilfeller være hensiktsmessig om den innbefatter et konkret omforent forslag til tiltak, slik en kan oppnå med en grundig og systematisk kartleggingsprosedyre. Særlig aktuelt er dette der hvor den lokale sosialtjenesten sitter med inngående kjennskap til aktuell klient og kunnskap om relevante behandlingsalternativer. Vi ser idag store lokale variasjoner, utifra om henvisningen kommer fra en liten bygdekommune med generalisert organisering, fra en større, høyt spesialisert sosialtjeneste med inngående kjennskap til både rusproblematikk og tiltaksapparat, eller fra fastlegen som har 15 minutters konsultasjonstid til rådighet og sjelden sitter med inngående kompetanse innen rusproblematikk, langt mindre kjenner sektorens infløkte behandlingsvesen.

Kapittel 5: Evaluering i et kvalitetsperspektiv

5.1 Om forklaring og rusbehandling

Sosiologisk forklaring består ifølge Willy Martinussen (1999:28) i å knytte forbindelsen mellom erfaring og teori, å gi en tolkning av et sosialt mønster og legge fram dokumentasjon for at denne tolkningen har noe for seg.

Den kliniske hverdag vil ha andre siktemål enn forskningens generaliserbare handlingsmønstre, og på samme måte vil et enkelt ADDIS-intervju ha en annen

referanseramme enn undersøkelsens intervjuer med ansatte. En intensiv casebeskrivelse eller et epidemiologisk overblikk innebærer forskjellig underliggende forklaringslogikk, med konsekvenser for slutningenes validitet. Om en lykkes i å sannsynliggjøre at en bestemt behandling har hatt en effekt, vil det ofte gjenstå en vesentlig utfordring knyttet til mekanismene bak denne effekten. Jan Blomqvist (2002) har i en større studie om ulike veier til rusfrihet, diskutert behandlingsforskningens begrensninger, og spesifikt evalueringsforskning innen rusbehandling:

Ett generelt problem med utvärderingar, som väsentligen betraktar behandlingen som en 'black box', är att de inte ger några specifika besked om vad som orsakat de förbättringar i klientens drickande eller drogbruk man eventuellt finner. Det ur praktikens synvinkel problematiska med sådana studier, som inte i ett relevant teoretiskt perspektiv försöker specificera behandlingens verksamma komponenter och de omvärldsfaktorer som kan påverka dess genomförande, är att resultaten i strikt mening är giltiga endast för den studerade verksamheten och vid just den tidpunkt då studien genomförts. (Jan Blomqvist (2002:31).

Innen rusbehandlingens effektforskning er det flere faktorer som vanskeliggjør letingen etter entydige sammenhenger, både knyttet til selve forskningsobjektet og rent metodisk. Avgrensning av hva intervensjonen besto i vil være avgjørende, og slett ikke så opplagt som det umiddelbart kan synes, i og med at det oftest er snakk om et mangfold av samtidige virkemidler fra flere aktører, som benyttes over en betydelig tidsperiode. På individnivå vil rusklientens subjektive bidrag i et behandlingsforløp være et velkjent fenomen, for eksempel uttrykt i vekslende endringsmotivasjon som er grunnlaget for en behandlingsmodell som Stages of Change (Prochaska, DiClemente og Norcross 1992). På aggregert nivå skriver Ravndal (1996) om hvordan klientforskjeller er med på å vanskeliggjøre slutninger om behandlingseffekt, i og med at kategorier av klienter alltid vil måtte basere seg på forenklinger, og tilsynelatende tilsvarende grupper kan vise seg å ikke være særlig sammenliknbare når en tar hensyn til flere variabler. De metodologiske utfordringene knyttet til at kategorisering kan virke kamuflerende på nyanser er et allment fenomen, men kompleksiteten i rusproblematikken og de individuelle utviklingshistoriene kan bidra til å forsterke problemstillingene. En annen utfordring ved å sammenlikne eksisterende studier framheves av Tjersland og Nystrøm (1996) når de påpeker den store variasjonen med hensyn til valg av tidsperspektiv og ulike metodiske grep forøvrig i undersøkelsene.

En grunnleggende utfordring innen rusbehandlingsforskningen er knyttet til definisjon av *måloppnåelse* eller valg av *suksesskriterier*. Vanlig brukte variabler er rusmiddelbruk, psykisk og somatisk helse, kriminalitet eller mer allment livskvalitet (Melberg m.fl. 2003). I forbindelse med etterundersøkelse av kollektivelever, argumenterer Tjersland og Nygstrøm (1996:92), at følgende variabler vil kunne danne et rimelig utfyllende bilde av rehabiliteringsgrad: Misbruk, HIV/dødsfall, inntektskilder, boforhold, partnere og barn. Spørsmål omkring målekriterier vil naturligvis være nært knyttet til evalueringens formål, men aksentueres innen rusfeltet fordi *målsetningene* med en behandlingsintervensjon vil kunne være svært forskjellige, både klienter imellom og sett fra ulike interessenters ståsted. Dette i motsetning til for eksempel innen somatisk behandling hvor målet om størst mulig grad av helbredelse kan synes noe mer oversiktlig. I tillegg til klientens ofte uklare, uttalte og vekslende målsetninger i et behandlingsforløp, kommer at forskjellen mellom bruk og misbruk kan være flytende og at rusbruk vanskelig lar seg gradere uten å komme inn på verdimessige standarder. Især blir dette tydeliggjort når det gjelder gråsoner mellom lettere og tyngre substanser, legale og illegale.

Hva som skal være effektmål eller utfallsmål er dels et spørsmål om ståsted i den vitenskapsteoretiske debatten, et *metodologisk* spørsmål om hva det i det aktuelle feltet faktisk er mulig å gi en holdbar vurdering av, men tilsels også et *faglig* spørsmål om hva som er målsetningen med tiltaket,. Et eksempel på en faglig problemstilling kan være den aktuelle debatten omkring legemiddelassistert rehabilitering: Dersom tiltaket iverksettes med skadereduksjon som begrunnelse, vil bedring i livskvalitet, helsesituasjon, risikoatferd og liknende være relevante måloppnåelseskriterier. Legger en derimot de formelle eksklusjonskriteriene til grunn (MARIO 2001), kreves i prinsippet et absolutt fravær av alle illegale rusmidler og vanedannende medikamenter. I hvilken grad en slik intervensjon vurderes som vellykket, er betinget av intervensjonens formål, og dermed mer avhengig av eksistensielt meneskesyn enn av metodologiske faktorer.

Et annet nært beslektet dilemma er hva en anvender som *referanseramme* for vurderingene. Eksempler kan være en subjektivt valgt standard; komparative design hvor en sammenlikner med alternative tiltak eller ingen tiltak; før og etter iverksetting av en intervensjon. Et eksempel til illustrasjon kan være evaluering av ettervernstiltak. Det første problemet som melder seg er hvilken *tidsramme* vi skal inkludere, hvor en skal legge base-line i et slikt undersøkelsesopplegg er slett ikke åpenbart. Etterundersøkelser blant rusmisbrukere som har vært i behandling viser motstridende tendenser, dels finner

en et større tilbakefall dess lenger etter utskrivning undersøkelsen foretas (f.eks. etterundersøkelse av Swedate-klientene etter ett år og 5 år), noe som ofte blir tolket som dårligere effekt ved behandlingen enn om utfallet hadde holdt seg stabilt. Dels har andre studier funnet den motsatte tendens, at flere mestrer en rusfri tilværelse (Tjersland 1995).

5.2 *Formål med evaluering*

Evalueringsfeltet står i en utpreget *tverrvitenskapelig* tradisjon, som involverer et mangfold av fagområder som for eksempel statsvitenskap, sosiologi, økonomi, psykologi, pedagogikk, noe som også har bidratt til fagfeltets utvikling i mange retninger. Evalueringsstudier byr på de samme prinsipielle og metodiske dilemmaer som andre vitenskapelige studier, men de blir ofte tydeliggjort i denne typen virksomhet hvor ulike interesser ofte står imot hverandre. Et grunnleggende trekk ved evalueringer er at *hensikt* med igangsetting og tenkt *anvendelse* av dokumentasjon gir føringer for praktisk gjennomføring: Evaluators valg av vinkling og fokus gir konsekvenser med hensyn til metode og design, noe som etter all sannsynlighet vil påvirke inntrykket av den informasjonen som til slutt kommer ut. Ikke minst kan aspekter som utelates eller nedtones i en evaluering være avgjørende for senere beslutninger. Utfallet kan være av stor betydning for ulike interessenter, og understreker behovet for tydelighet omkring evaluators rolle. Vedung (1998) skiller mellom 3 hovedtyper av formål når evalueringer gjennomføres: *Kontroll*, *utvikling* eller *forskning*. I praksis vil en ofte se kombinasjoner, noe som slett ikke alltid er bevisst hos oppdragsgiver, og langt mindre klart formulert overfor evaluator. En avgjørende oppgave vil derfor være å klarlegge dette utgangspunktet, så langt mulig, før selve arbeidet påbegynnes. I herværende studie, vil formålet med den egentlige evalueringsrapporten av opplæringsprosjektet (Dahl 2004, upubl.) primært være kontrollhensyn for bevilgende myndigheter, dernest kunnskap om erfaringer med et slikt opplæringsprosjekt. Formålet med hovedoppgaven er primært en faglig fordypning til avsluttende Cand.Polit.-eksamen, dernest å utvide kunnskapen om implementering av strukturert kartleggingsmetodikk, i forlengelse av det aktuelle opplæringsprosjektet.

Med skarpere fokus på mål- og resultatstyring i offentlig sektor kan det se ut til at forskningen har fått en viktigere rolle i den praktiske politikken. Særlig evalueringsforskningen kan bli tillagt større betydning i den sosialpolitiske debatten idet

det forventes at den skal kunne klargjøre premissene for høyst verdibaserte beslutninger. Forskerkommisjonen bak utredningen NOU 2003:4, som gir oversikt over kunnskapsstatus for rusfeltet, framhever evalueringsforskningens potensielle politiske funksjon:

Framveksten av evalueringsforskningen bidro sterkt til å forsterke forventningene om nyttig og løsningsorientert forskning, noe som igjen påvirket vitenskapen ved at forskermiljøene søkte å tolke forventningene i de politiske miljøene. ...

Evalueringsforskningen kan derfor stå som eksempel på et alment fenomen, nemlig at forskning og politikk påvirker hverandre gjensidig. (NOU 2003:4, s.21).

I forskningsutredningen poengteres forøvrig at evalueringsforskning i rusmiddelpolitisk sammenheng ikke alltid har som hovedformål å vurdere effekt, men like ofte har til hensikt å legitimere at virkemiddelet brukes. Fordi studier av denne typen brukes i mange typer sammenhenger hvor en ønsker å dokumentere virksomhet og ofte utgjør en vesentlig del av beslutningsgrunnlaget, kan anvendelse av evalueringsresultater ofte bli mer kontroversiell enn andre forskningsresultater. I særdeleshet gjelder dette der oppgaven er å evaluere kvalitet. Øvretveit formulerer det slik: "Because the political nature of quality, there is more scope for 'confusion' than in other types of evaluation, and it is the task of the evaluator to be clear and explicit about the terms and purposes, not compound to the confusion or become an unwitting ally to a particular interest group." (Øvretveit 1998:257). Evalueringer kan tjene mange ulike *funksjoner*, og hvilken rolle denne typen aktivitet tilskrives i forhold til andre typer forskning er også et vitenskapsteoretisk spørsmål. Evalueringer kan i all enkelhet betraktes som en bestemt type metodikk eller forskningsmessig strategi for å analysere sammenheng mellom innsats og utfall, dog i utallige varianter, hvor prosessevaluering og resultatevaluering kan betraktes som ytterpunktene i et kontinuum.

En forskergruppe tilknyttet den internasjonale databasen og kvalitetssikringsorganisasjonen Campbell Collaboration trekker opp sammenhengen mellom evaluering, dokumentasjon og klinisk praksis: "To implement the most effective interventions to ameliorate problems, careful evaluations are needed. An evidence-based approach to what works therefore requires that these evaluations be gathered, appraised, and analyzed and that the results be made accessible to influence relevant decisions whenever appropriate and possible." (Petrosino m.fl. 2001:17). Ikke minst at arbeidet må tilsikte en størst mulig tilgjengelighet både for forskersamfunnet, for beslutningstakere og praktikere av ulike avskygninger, og viktigst av alt, for pasienter eller klienter, er av stor

betydning for at kunnskap sosm dokumenteres i evalueringer kan komme flest mulig til nytte.

5.3 *Kravet om evidensbasert praksis*

Innen rusfeltet, som i behandlingspraksis forøvrig, skjerpes for tiden kravene til vitenskapelig holdbar kunnskap, spesielt når temaet dreier seg om effekter av ulike tiltak. De nyeste offentlige oversikter over rusbehandlingsforskningen i Norge (NOU 2003:4) og i Sverige (SBU 2001) framhever behovet for økt satsing på forskningen og en kvalitetsmessig oppgradering den kliniske praksis. Den norske utredningen har vi tidligere kommentert, i Sverige utga Statens beredning för medicinsk utvärdering et par år tidligere en tilsvarende rapport som teller to bind, hver på godt over 400 sider, tidstypisk med undertittelen ”en evidensbaserad kunskapssammanställning” (SBU 2001). Et tegn i tiden er tittelen på ’Fagrådet innen rusfeltet’ sin landskonferanse i oktober 2004: ’Tro, håp og bevis – tåler rusfeltet en evidensbasert praksis?’ Interesseorganisasjonens medlemsmasse teller en majoritet av landets behandlingstiltak og konferansen trakk over 400 behandlere og forskere fra hele landet.

Enkelte debattanter har kalt diskusjonen om evidensbasert praksis den nye positivismestriden, idet det stilles opp et hierarki for verdien av forskningens evidens:

Innenfor mange typer forskning, og spesielt der en vil studere effekter, anvendes derfor ofte et graderingssystem for vitenskapelige studier. På bakgrunn av vurderinger om hvor god eller dårlig studien er, kan den plasseres i et såkalt kunnskapshierarki (engelsk: level of evidence) som beskriver den interne validitet eller styrke av en forskningsdesign. ... Det viktigste vil være å rangere studiene etter i hvilken grad en kan kontrollere for andre variabler enn dem som inngår i tiltaket. For forskning om effekter, vil en slik hierarkisk rangering kunne se slik ut (fra best til mindre god): 1. Eksperimentelle studier (randomiserte kontrollerte studier). 2. Andre kontrollerte studier. 3. Før - etter-studier, inkludert observasjonsstudier og tverrsnittsstudier. 4. Kasuistikker, ekspertuttalelser. (NOU 2003:4, s.45)

Rangeringen blir av mange klinikere kritisert for et snevert kunnskapssyn. Et viktig poeng, som fra tid til annen kommer fra kritisk hold, er at det er forskjell på å ikke ha dokumentasjon for effekt, kontra å ha dokumentasjon på at effekt ikke finnes. At det ikke er mulig å dokumentere evidens i strengt vitenskapelig betydning, behøver ikke være ensbetydende med at metoden ikke kan være til hjelp for noen. Vi må altså ha klart for

oss formålet med dokumentasjonen, og at sosial- eller helsefaglig praksis kan ha betydningsfulle aspekter som gjør den verdt å forsvare utifra en normativ begrunnelse, selv uten dokumenterbar effekt. Skadereduksjon og andre omsorgstiltak utgjør eksempler. Et annet poeng er at kliniske beslutninger er mer kompliserte enn utelukkende å skaffe dokumentasjon, her representert ved forskerne bak organisasjonen Cochrane Collaboration: “Systematic reviews are certainly an important tool for evidence-based policy, but like Campbell before us, we do not want to zealously oversell scientific evidence. Systematic reviews will not resolve all enduring political and academic conflicts, nor will they often – if at all – provide neat and tidy prescriptions to decision makers on what they ought to do.” (Petrosino 2001:28f).

Tor-Johan Ekeland framholder i en artikkel (1999), at klinisk praksis og forskning innenfor rus og psykiatri baserer seg på svært ulik logikk: Den vitenskapelige virksomhetens målsetning om å komme fram til holdbar kunnskap, krever fokus på verifikasjon og generalisering. En dyktig kliniker må derimot være overbevist om at tro kan flytte fjell, og ofte kan det sentrale i en behandlingsprosess nettopp være å finne fram til det individuelle, det særegne – sett i forhold til hva som betraktes som typisk, normalt eller friskt. Individuelle variasjoner rusklienter imellom er like store som hos andre mennesker, det samme gjelder deres særegne karriereveier og utviklingshistorier. Argumentet er basert på at en utelukkende legger den såkalte ”gullstandarden” for rangering av forskningens evidens til grunn, imidlertid vil den fortolkende forskningslogikkens fokus på meningskonstruksjon ligge betydelig nærmere den kliniske praksis enn det generelle resonnementet i artikkelen kan gi inntrykk av.

Tross vitenskapsteoretisk debatt, konkluderer den svenske forskningsoversikten (SBU 2001) med følgende klare programerklæring:

Svensk missbruksvård skall bygga på evidensbaserad kunskap vilket kräver en satsning på information, utbildning och forskning. Informationen och utbildningen bör omfatta de resultat som framlagts i denna rapport och bör bedrivas av alla ansvariga intressenter inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården och den privata missbruksvården. (SBU 2001, volym I, s.26).

Kommisjonen avslutter med følgende krystallklare oppsummering: Alkoholskader kan forebygges og det finnes effektive behandlingsmetoder for alkohol- og narkotikaavhengighet.

Kapittel 6: Analytiske begreper og modeller

6.1 *Matching*

Fenomenet matching er relevant både innenfor klinisk praksis og innen forskningen: Enhver behandlingsintervensjon iverksettes som respons på en tilstand som søkes endret. På individuelt nivå betyr begrepet i sin enkleste form å finne rett tiltak til rett klient, som svar på dennes individuelle behov. En epidemiologisk tilnærming kan formuleres som hvilke tiltakstyper som virker best overfor hvilke klientgrupper. I den mangfoldige behandlingsforskningen på rusfeltet kommer en vanskelig utenom fenomenet matching i en eller annen versjon, all den tid all *evaluering* av behandling nødvendigvis må relatere til forholdet mellom indikasjon og medisin, mellom kriterier for innsats og selve innsatsen. Uansett valg av definisjon, vil en kjennskap til klientegenskaper som tilstand, problemområder og ressurser åpenbart være en nødvendig forutsetning for å gjennomføre forsøk på matching, selv om fagfolk av ulike ideologiske overbevisninger kan ha divergerende syn på i hvilken grad subjektive motivasjonsfaktorer hos klienten skal tillegges vekt. I alle tilfeller vil begrepet matching i det praktiske kliniske arbeidet være uløselig knyttet til *individuell kartlegging*, og en overordnet idé om at et tiltak som virker godt for en klient ikke nødvendigvis har den samme effekt for en annen (Bomqvist 1991). I tillegg til idividuelle karakteristika er det vanlig å betrakte utfall av tidligere behandlingsforsøk som avgjørende informasjon ved valg av intensitet og kliniske virkemidler i et behandlingopplegg.

Foruten begrepsmessige aspekter og forskningsmetodiske utfordringer, knytter det seg ikke minst praktiske og etiske vanskeligheter til matching i praksis, for eksempel med hensyn til kompetanse for adekvat klientkartlegging, horisontal og vertikal samordning mellom kommunale og statlige enheter og forvaltningsnivåer, og ressursmessige begrensninger på behandlingssiden, som ledig kapasitet til faktisk å iverksette det anbefalte tiltak innen rimelig ventetid. Målet er å kunne gjennomføre individuelle forløp basert på '*best practice*', eller hva forskning og dokumentasjon til enhver tid tilsier er den beste behandling i et gitt tilfelle. Av etiske grunner gjennomføres sjelden klassiske randomiserte design, derimot finnes mange varianter av naturlige eksperimenter, hvor kontrollgruppen utgjøres av klienter med likelydende karakteristika, som står på venteliste til samme tiltak eller av kapasitetsgrunner befinner seg i andre typer tiltak. Forskere

opererer med begrepene '*match*' og '*mismatch*', om sammenlikningsgrunnlaget når en henviser klienter til en behandling av et annet omfang eller basert på annen metodikk enn den som ansees ideell i det aktuelle tilfellet. Enkelte forskningsresultater har vist at behandlingsresultatet blir signifikant dårligere for klientgruppa som er mismatchet på denne måten (David Gastfriend, foredrag på internasjonal fagkonferanse om matching og evaluering, holdt på Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, 25.10.04).

Et av de største og best kjente forskningsprosjektene internasjonalt på dette feltet, er Project Match, gjennomført med alkoholavhengige klienter i USA på 1990-tallet (refert i SBU 2002:188f). Her fordelte man behandlingssøkende inn i tre grupper som fikk behandling basert på henholdsvis 12-trinnsmodellen, kognitiv atferdsterapi eller motivasjonsstyrkende samtaler. Klientene ble fulgt med tett fokus på målatferd i tre måneders intervaller gjennom behandlingsforløpet. Dette har imidlertid også stått sentralt i kritikken mot studien, idet slike metodiske faktorer kan bidra til å redusere karakteristiske trekk ved de opprinnelige behandlingsoppleggene, og derigjennom kamuflere de ulikheter i intervensjoner som man ønsket å studere effekten av. Ett annet moment gjelder at studiens klientpopulasjon hadde mindre psykiske belastninger enn gjennomsnittet i klientgruppa som søker behandling, noe som også kan bidra til å redusere forskjeller i behandlingsutfallet. Studiens konklusjon er at studien fant lite støtte til den såkalte *matchingshypotesen*, i form av systematiske forskjeller i utfall korrelert med type behandlingsmetodikk for materialet som helhet. Derimot ble det registrert forskjeller i utfallet for smalere underutvalg basert på mer spesifikke klientfaktorer, som støtte fra nettverk, klientens grad av avstand til ruslivet, personlighetsstruktur, antall år med tungt misbruk osv. (SBU 2001:188).

En svensk studie av sosialtjenestens tiltaksvalg for alkoholavhengige, fant at sosialarbeidernes overordnede ideologiske perspektiv hadde en innvirkning på vurderingen av klientens behandlingsbehov (Ekendahl 1999:7). Videre fant man her at det hyppigst brukte tiltaket, som her var støttetiltak i hjemmet, ble benyttet ved forverret rustilstand også når ikke bosituasjonen som sådan ga grunnlag for dette. Funnene samsvarer godt med den norske SINTEF-studien av sammenheng mellom sosialkonsulentens vurdering av klientens behov og iverksatte tiltak: Klienter som søkte hjelp og som ble vurdert å ha et hjelpebehov, fikk riktignok oftest et tilbud, men slett ikke alltid noe som sto i forhold til det kartlagte behovet, hverken kvalitativt eller kvantitativt. (Gundersen m.fl. 2004). Om denne formen for utilsiktet mismatch skyldes mangelfull

kartlegging, svak sammenheng mellom behovsvurdering og iverksetting av tiltak, rutiniserte tiltaksbeslutninger, manglende evaluering eller ressurs spørsmål som for eksempel tiltakenes tilgjengelighet, skal være usagt. Imidlertid understreker fokus på matching behovet for grundig kartlegging og ikke minst systematisk bruk av *kartleggingsdata* til tilpasning av *individuelle tiltak*. Brukt med smidighet kan matchingslogikken bidra til å heve den kliniske bevisstheten omkring hvilke tiltak som anbefales eller iverksettes for den enkelte klient, noe etterundersøkelsen kan tyde på at mange av de ansatte kunne ha nytte av.

Det som finnes av empiriske studier på området har såvidt ulike design og målgrupper at de er lite sammenliknbare. Den svenske forskningsoversikten (SBU 2002:191) oppsummerer at foreliggende internasjonal forskning i liten grad kan sies å gi støtte til den såkalte matchingshypotesen, til tross for flere studier som har vist at en sammenlikning av matchede klienter med de som blir direkte mismatchet, gir bedre resultat for førstnevnte gruppe. Spørsmålet berører også forskningsmetodiske motsetninger, mellom på den ene siden eksperimentelle design og på den andre siden vektlegging av en mer kompleks samspillsforståelse av klientkarakteristika og variabler knyttet til behandlingsenheten. De siste har dessuten en tendens til å betrakte det hele i et lengre tidsperspektiv, noe som ytterligere kompliserer det metodiske aspektet. Mats Fridell sammenfatter de ulike perspektivene som ulike *behandlingsmetoder* versus ulike *organisasjonsformer* (Fridell 1996a:334). Faktorer som trekkes inn i den sistnevnte tilnærmingen omfatter blant annet spørsmål ved behandlingsstedet, samarbeidsklima i institusjonen, personlige relasjoner mellom klient og behandler, hvordan klienten opplever å bli møtt av personalet, klientens personlighetsstruktur, med i betraktningen. Jan Blomqvist kan stå som representant for denne retningen i rapporten ”Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match”:

I grunden rör det sig här om ett problem som är den resultatinriktade behandlingsforskningens svaghet, även när den inte bedrivs med matchingshypotesen som utgångspunkt: Så länge man tar behandlingsprogrammen eller behandlingsmetoderna för givna, utan att försöka göra klart för sig hvad innebär för klienterna, och vad som över tid händer i behandlingen, kommer man aldrig att kunna vara säker på att förstå vad de effektskillnader, som man eventuellt uppdagar, beror på. (Blomqvist 1991:iv).

Fridell påpeker dessuten at mye av behandlingss pessimismen knyttet til de ofte lave rehabiliteringstallene som rapporteres, kan knyttes til et unyansert bilde av all behandling for alle typer klienter. Det finnes imidlertid god dokumentasjon for at de mest effektive

behandlingsinstitusjonene har langt bedre resultater enn de dårligste (Fridell, 1996). Kvalitetsforskjellene er med andre ord svært store enhetene imellom, noe som etter mitt skjønn må tas med i betraktningen også når en vurderer effekter av matching.

Matchingsspørsmålet må imidlertid oppsummeres med at de offisielle kunnskapsoversiktene (SBU 2002:191 og NOU 2003:4) rapporterer om større grad av samsvar i forskningen når det gjelder effekten av individuelle tilnærminger gjennom et helt rehabiliteringsforløp: Om en tar forvern, avrusning, primærbehandling, ettervern, nettverksarbeid, bolig- og yrkesrettede tiltak med i betraktningen, vil individuell tilrettelegging ha en langt større betydning enn når en utelukkende studerer behandlingsmetoder isolert, noe som ytterligere understreker behovet for sammenheng mellom systematisk kartlegging og individuelle tiltaksvalg i bred forstand.

6.2 *Evalueringsmodeller*

Det faglige mangfoldet innen evalueringsforskningen har medført at det er utviklet en mengde modeller med tildels svært ulike perspektiver på hva som ansees som interessante studieobjekt, sentrale spørsmål, egnete undersøkelsesmetoder og opplegg for analyse. Baklien (1993) redegjør således for fire tradisjoner innen norsk evalueringsforskning: Ideal-realitet-tradisjonen, kausalitetstradisjonen, aksjonsforskningen og implementeringsanalysene. Et grunnleggende skille går mellom tradisjoner som legger hovedvekt på prosessuelle aspekter kontra retninger med hovedvekt på sluttresultater, også kalt henholdsvis formative og summative perspektiver. Betegnelsen formativ evaluering er særlig relevant der evaluator inntar en delaktig rolle i videreutvikling av virksomheten. Av de fire nevnte retningene vil nok implementeringsanalyser være den som står prosessevalueringer nærmest, idet det fokuseres på hvorfor utfallet ble som det ble, med andre ord hva som ligger bak registrerbare slutteffekter. Denne retningen vil derfor bli behandlet mer inngående i neste punkt. Vedung skiller mellom to hovedtyper av evaluering: *Effektmåling* og *monitorering* (Vedung 1998:32). Han understreker at monitorering innebærer en mer omfattende og videre virksomhet, og lanserer i tråd med dette sin egen modell, kalt forklarende prosessevaluering. Til forskjell fra denne innfallsvinkelen er effektmålinger basert på en forklaringslogikk der en *sammenlikner* foreliggende resultat med et referansealternativ (Vedung 1998:138). Vedung (1998:kap. 4) redegjør for et mangfold av internasjonalt kjente modeller, for vårt formål skal vi se

nærmere på *måloppfyllelsesmodellen*, *interessentmodellen* og *bieffektmodellen*. Den sistnevnte retningen vektlegger nytten av å vurdere enhver effekt av intervensjonen som opptrer både innenfor og utenfor målområdet, det være seg tilsiktet eller ikke, positive såvel som negative. Modellen inkluderer dessuten muligheten for såkalte perverse effekter, som er betegnelsen på konsekvenser med med direkte motsatt effekt av målsetningen. Perspektivet retter som navnet indikerer, særlig oppmerksomhet nettopp mot effekter man ikke på forhånd forutså eller tilstrebet, og er inspirert av et begrepsapparat fra Merton (1968) og Boudon (1982), som behandles nærmere i punkt **. Vedung hevder at bieffektforskning er grovt undervurdert i evalueringsforskningen, blant annet fordi den forutsetter et bredt anlagt perspektiv og en lang tidspershorisont, betingelser som sjelden kan oppfylles i reelle oppdrag (Vedung 1998:60). I herværende studium strekker tidsrammen seg ilt seg over nærmere 2 år fra base-line ved opplæringsstart til avsluttet etterundersøkelse, noe som øker relevansen av et slikt perspektiv. I noen grad kan slike bieffekter ha sammenheng med motstand mot intervensjonen enten blant aktører eller omgivelser, eller at enkelte aktører har en skjult agenda med motiver som skiller seg fra intervensjonens offisielle målsetninger. Interessentmodellen – også kjent som "stakeholder's approach" – er derfor et relevant supplement som understreker behovet for å samle informasjon fra mange parter, med mulig motstridende interesser med hensyn til intervensjonens prosess og resultat. Måloppfyllelsesmodellen fokuserer på i hvilken grad resultatet samsvarer med de på forhånd institusjonaliserte mål, og hvorvidt en kan sannsynliggjøre at resultatet faktisk har oppstått som en effekt av den aktuelle innsatsen.

Vedung (1998:93) har utarbeidet et 8-punktsprogram med sentrale aspekter som må belyses i enhver evaluering:

1. Formålsspørsmålet, som beskriver overordnet motiv.
2. Organisasjonsspørsmålet, om hvem som skal gjøre evalueringen og hvordan.
3. Innsatsspørsmålet, hvordan de gjennomførte tiltakene er implementert.
4. Forvaltningsspørsmålet, beskriver de formelle administrative prosessene.
5. Resultatsspørsmålet, bedømmer sluttprestasjoner og utfall.
6. Effektspsørsmålet, analyserer hvilke faktorer som kan forklare resultatene.
7. Vurderingsspørsmålet, setter opp kriterier og standarder for bedømmelsene.
8. Anvendelsesspørsmålet, skisserer den bruk evalueringsresultatene vil kunne ha.

Elementer fra dette analytiske rammeverket er anvendt i herværende oppgaven, med primært fokus på punktene 1, 3, 5 og 6.

6.3 *Implementerings- og endringsteorier*

En gren av evalueringsforskningen retter fokus mot implementering av beslutninger, altså den praktiske iverksettingen og gjennomføringen av en intervensjon. Implementering kan betraktes som det som foregår mellom det faktum at en beslutning fattes og at resultatet av denne beslutningen kan vurderes. Innfallsvinkelen kan være enten hvordan en skal få en beslutning som er fattet, iverksatt i praktisk virkelighet (såkalt top-down-perpektiv), eller hvordan det praktiske feltet faktisk forholder seg til endringsbeslutninger (bottom-up-perpektiv). Björkemarken framhever at svært mange evalueringer bygger på en implisitt naiv forestilling om at enhver organisasjon fungerer som et weberiansk idealbyråkrati, når en bevisst eller ubevisst overser hvilken rolle selve implementeringen spiller for resultatet (Björkemarken 1995:2). I motsetning til dette synet hevder hun at organisasjoner består av mange sammensatte og ofte motstridende viljer, noe som gir seg uttrykk i at menneskelig samhandling ikke er styrbart i den grad som mange effektevalueringer synes å forutsette. Hun hevder at moderne organisasjoner tvert imot fungerer som institusjoner og langt på vei er resistente mot endring, når hun understreker: ”.... att implementering ingalunda är frågan om teknikaliteter. Implementering sker inte automatiskt ens av beslut, som alla är överens om. ... Implementering av policy sker under interaktion mellan människor.” (Björkemarken 1995:48). Hun framhever i forlengelsen av dette at en slik erkjennelse må synliggjøres i valg av evalueringsmodell. I en kritikk av top-down-modellene, konkluderer hun derfor at ”oförutsädda konsekvenser bör inte ignoreras eller elimineras utan snarare förstås såsom oundvikliga inslag under implementering” (Björkemarken 1995:60). I tråd med dette er hun da også mer interessert i å studere organisasjonenes fungeringsmåte og det hun kaller aktørenes ”lämplighetslogik”, framfor å jakte på ansvarlige enkeltpersoner når gjennomføringen av prosjekter ikke går som planlagt. Argumentasjonen har slektskap med Mertons funksjonelle analyse, når han framhever at ” participants are *located* within social structures and this location is basic to the subsequent functional analysis of this behavior.” (Merton 1968:111). Det avgjørende momentet ved dette fenomenet er, ifølge Björkemarken, at vurderingen av hensiktsmessighet avgjøres på det nivå hvor et spørsmål oppstår. Med andre ord vil den enkelte ansattes konkrete arbeidssituasjon også være en avgjørende faktor for beslutninger som fattes, for eksempel vedrørende tidsbruk og

produksjon av tjenester overfor klientene. Ledelsesmessig tilrettelegging av rammebetingelser som ikke umiddelbart virker relevante for kartleggingsmetodikk blir derfor av stor betydning for å kunne vedlikeholde en kompleks kompetanse over noe tid.

Lundqvist har utviklet en implementeringsmodell der aktørenes *forståelse* for endringen, deres *ressursmessige evner* eller muligheter til å gjennomføre den, samt deres *vilje* til faktisk å gjøre det, har betydning for resultatet (Lundqvist 1987). Denne modellen bygger Vedung (1998:180ff) videre på, når han trekker fram at implementeringsanalyse må ta utgangspunkt i disse tre aspektene blant impliserte aktører på alle følgende fire nivåer: 1. Myndigheter. 2. Interorganisatoriske nettverk eller mellomledd. 3. Grasrotbyråkrater. 4. Brukermedvirkning. Nivå 2 og 3 synes umiddelbart av størst relevans her: Fagutviklingslederne i de to prosjektansvarlige kommunene hadde selv vist vilje ved å beslutte deltakelse på vegne av sin virksomhet, men det er ikke dermed sikkert at de hadde detaljert forståelse for hva en vellykket implementering av slik metodikk ville kreve av organisasjonen. Om en tar utgangspunkt i at den frivillige ansattrekrutteringen antas å sikre forståelse og vilje blant de ansatte (her som grasrotbyråkrater) isolert sett, har modellen relevans på ansattnivået først og fremst når det gjelder ressursmessig evne til integrering av metodikken i det helhetlige tiltaksarbeidet.

6.4 Webers verdi- og formålsrasjonalitet

Max Webers velkjente handlingstypologi ble utviklet i på bakgrunn av blant annet Ferdinand Tönnies' begrepspar *Gemeinschaft* og *Gesellschaft* (Østerberg 1978), som både betegner ulike idealtyper av menneskelig samhandling og samfunnsformer i større skala. Typologien skiller fra Webers side opprinnelig mellom 4 separate handlingstyper, men for vårt formål behandles kun de to førstnevnte.:

Som enhver annen handling, kan også sosial handling være bestemt 1. Formålsrasjonelt: av forventninger til hvordan ytre gjenstander og andre mennesker vil forholde seg – som igjen brukes som "betingelser" for eller som midler til å oppnå ønskede og kalkulererte mål; 2. Verdirasjonelt: av en bevisst tro på at en bestemt atferd – i seg selv og uavhengig av resultatet har en etisk, estetisk, religiøs eller annen egenverdi, 3. Affektuelt, særlig emosjonelt: av bestemte affekter og følelsestilstander; 4. Tradisjonelt: av inngrodd vaner. (Weber 1999:43)

Som Østerberg (2003:22) også påpeker, beskriver skillet blant annet den idehistoriske overgangen fra en samfunnsform preget av romantikkens idealer og opplysningstidens mer vitenskapelige forklaringsbehov. Om en handling finner sin begrunnelse i verdirasjonell forankring, vil den ha et annet overordnet mål, og en annen intuitivt etisk overbygning, enn dersom den derimot har en formålsrasjonell hensikt, hvor resultatet søkes på rent formelle økonomiske eller rasjonelt forankrede målbarhetskriterier. I Gesellschaft vi tilsvarende tings verdi være knyttet til kostnader målt i medgått arbeid til fremstilling, noe som ifølge Weber gir verdien en objektiv kvalitet (Østerberg 1978:80).

... den økonomiske rasjonalismen er i sin oppståen ikke bare avhengig av rasjonell teknikk og rasjonell rett, men også av menneskenes evne til og disposisjon for bestemte former for praktisk-rasjonell livsførsel. ... Til de viktigste bestemmende elementer for livsførsel og adferd hørte i fortiden overalt de magiske og religiøse maktene, og de etiske pliktforestillingerne som var forankret i troen på disse maktene. (utdrag fra Webers Wirtschaft und Gesellschaft utgitt i 1922, oversatt og referert i Østerberg 1978:114).

Typologien vil kunne gi et inntak til paradigmeskiftet vi ser i helsesektoren, og nå med rusreformen også stadig sterkere i sosialsektoren, som tradisjonelt har vært drevet etter en annen type rasjonalitet.

6.5 *Colemans diffusjon i nettverk*

Når nye metoder introduseres innen behandling, vil det gjerne ikke være tilfeldig hvem som først inkluderer nyvinningen i sin virksomhet. Fagfolk er, som andre mennesker, i varierende grad interessert i forskningsresultater eller nye produkter, mens noen i mye lengre tidsrom utviser en konservativ holdning og fortsetter sine innarbeidete rutiner som før. I en studie gjennomført blant amerikanske allmennpraktiserende leger i 1956, har Coleman, Katz og Menzel beskrevet betydningen av faglige og private nettverk, for å ta i bruk et nytt medikament (Coleman et.al. 1957). Forskergruppen fulgte et større utvalg leger i ett år etter at det aktuelle medikamentet ble innført på markedet og studerte sammenhenger mellom profesjonell eller privat kontakt og i hvilken utstrekning de forskrev det nye medikamentet. Legene ble på bakgrunn av intervjudata inndelt i henholdsvis pasient- eller profesjonsorientert, samt gradert utifra sosial intergrasjon i det faglige fellesskapet. Studien konkluderte med at det var betydelige forskjeller i hvordan de ulike legene fikk informasjon og hvor raskt de tok i bruk det nye medikamentet: De

såkalt profesjonsorienterte var mye raskere enn de pasinetorienterte og de godt integrerte var raskere enn de svakt integrerte – både til å innføre det i egen praksis etter at det ble tilgjengelig, og til å introdusere det overfor stadig nye pasienter. De fant også at selv der forskjellene ikke var store initialt, hadde nettverket en forsterkende effekt på forskjellene, som således ble større over tid. En annen konklusjon var at de ulike nettverkene hadde sin sterkeste innflytelse i ulike faser av utviklingen: I den første fasen etter at medikamentet kom på markedet var de profesjonelle veilednings- og diskusjonskontaktene mest avgjørende for hvem som tok det i bruk, deretter hadde de private vennerelasjonene sterkere innflytelse. For de legene som etter et halvt år ikke hadde innført medikamentet hadde ingen av disse nettverkstypene lenger innflytelse på beslutningen, eller som forskerne skriver i artikkelen ”The social structure seems to have exhausted its effect” (Coleman et.al. 1957:266). Overført til vår sammenheng, kan funnene bidra til å forklare det tydelige mønsteret vi kan observere for nyrekruttering til ADDIS-metodikken, i og med at den åpenbart har spredd seg i enkelte geografiske regioner, mens bruken tvert imot synes å utslukkes i andre.

6.6 *Granovetters tette og løse nettverk*

Nettverksperspektiver i analyse av mekanismer for samspill mellom mikro- og makronivå har vært sentralt for Granovetter i flere arbeider. I en kjent artikkel kalt *The Strength of Weak Ties* (Granovetter 1973) og en bearbeidelse av denne ti år senere (Granovetter 1983), beskrives betydningen av tette såvel som løse nettverk i forbindelse med fenomener som diffusjon, samhold og andre relaterte forhold. Styrken i et bånd definerer han utifra faktorer som tidsbruk, emosjonell intensitet, initimitet og gjensidighet. Modellen bygger på en hypotese om at dess sterkere bånd i en dyade, dess større sannsynlighet for at de øvrige medlemmene i deres felles nettverk, også har bånd til dem begge. Sagt på en annen måte vil mennesker med tette relasjoner oftest ha felles eller i alle fall overlappende nettverk, i løs eller tett form. Motsatt vil det da også være lite sannsynlig at to mennesker med tette bånd til den samme personen, ikke kjenner hverandre. Et sentralt element i teorien er begrepet ”bro” – definert som den eneste kontakten mellom to individer. Ut ifra dette bygger forfatteren resonnementet om at de løse båndene har helt essensielle funksjoner som brobyggere mellom tette nettverk, noe de tette båndene ikke kan ha på samme måte. Et annet avgjørende moment er at de løse

båndene gjerne er mer kortvarige og at de finnes i større antall enn de tette. Resultatet er at spredning kan foregå over lengre sosiale avstander via de løse båndene enn via de tette. Konsekvensen av manglende løse forbindelser, vil kunne være at en blir relativt isolert til sin nære gruppe og går glipp av viktige nye innspill fra andre arenaer. En utbredelse av denne typen sosial struktur vil i større sammenheng kunne betraktes som fragmentert og usammenhengende: "What makes cultural diffusion possible, then, is the fact that small cohesive groups who are liable to share a culture are not so cohesive that they are entirely closed; rather, ideas may penetrate from other such groups via the connecting medium of weak ties." (Granovetter 1983:215).

6.7 Granovetters terskelverdier og Schellings kritisk masse

Granovetter har også konstruert teorier for sosiale nettverks betydning for hvordan individer handler og påvirkes av andres handlinger når de fatter beslutninger. I artikkelen Threshold Models and Collective Behavior (Granovetter 1978) introduserer han begrepet terskelverdier, som ledd i en modell for å forklare sammenhengen mellom individuelle preferanser og aggregert kollektiv atferd. Modellen beskriver forenklede binære handlingsvalg, hvor aktøren kun forholder seg to alternativer, og det gjennomgående eksemplet han bruker er å delta eller ikke i et opprør. *Terskelverdien* er definert som det punkt hvor den opplevde fordel for et individ av en gitt atferd overskrider den tilsvarende opplevde ulempen eller kostnaden. Et individs atferd er forbundet med en kostnad, betinget av om atferden er mer eller mindre i samsvar med hans verdier og normer,. Det sentrale i modellen er likevel ikke individuelle valg isolert sett, men hvordan de individuelle terskelverdiene henger sammen med *det aggregerte utfallet*, som er betinget av det til enhver tid varierende utvalget eller sammensetningen i gruppen. Når sammensetningen av gruppemedlemmer endres, endres samtidig det aggregerte utfallet for gruppen som helhet i og med at gruppemedlemmenes atferd påvirkes av sammensetningen til enhver tid. Følgelig vil en på det aggregerte nivå kunne beregne et vippepunkt for når en aktuell kollektiv hendelse, for eksempel opprør, vil finne sted. Siden de individuelle gruppemedlemmenes normer, antakelser og beslutninger ikke blir dannet i et vakuum, poengterer han at kjennskap til disse bare er nødvendige, men ikke tilstrekkelige faktorer for å kunne si noe om kollektive mønstre. Fordelen med modellen er da også som Granovetter (1978:1422) selv påpeker i artikkelen, at vi kommer bort fra

grovt forenklete dikotomier bygget på forutsetningen at hvert individs preferanser og enda viktigere, deres handlemåte, er upåvirket av bevegelser i den øvrige gruppen – noe som i praksis forutsetter at de er hverandre fremmede og uvedkommende. Modellen gjør det derimot mulig å vurdere nyanser og overgangstilstander på en mer effektiv og realistisk måte.

Et begrep nært beslektet med Granovetters terskelverdier, er Thomas Schellings '*kritisk masse*', opprinnelig lånt fra kjernefysikkens terminologi for nøytroner (Schelling 1978). Han definerer kritisk masse som den andel eller det antall andre personer som må til for at en skal fatte en beslutning om å igangsette en gitt atferd. Som naturlig er, vil denne andel være svært ulik for de ulike individer, noen liker å stikke seg ut fra mengden, mens andre som kjent er mest opptatt av å gjøre som andre. Et illustrerende eksempel han benytter, er kleskodeks i en formell sammenkomst. Schelling refererer diverse varianter av Mertons kjente selvpoppfyllende profetier eller selvbekreftende forventninger (Merton 1968, kapittel XIII) som utgangspunkt for sin modell. Essensen i modellen er at når noen endrer atferd, vil dette samtidig endre beslutningsbetingelsene for de øvrige deltakerne. Om en deler hele utvalget i tre segmenter kan en forestille seg at det finnes en gruppe i hver ende av fordelingen som ikke bryr seg om de andres handlemåte, den ene følger tradisjonene og den andre gruppen er likegyldig. Uansett hva disse personene velger å gjøre, vil de imidlertid danne et grunnlag for beslutningen til mellomsegmentet som avventer egne beslutninger til de får se hvor mange som velger det ene eller det andre alternativet. Og interessant nok vil altså både de konforme og de nonkonforme påvirke de som befinner seg i vippeposisjon. Schelling reflekterer videre med modellen over forhold som for eksempel varianter av fordeler kontra ulemper som enkeltindivider vil ha av solidarisk kollektiv handling kontra ensidig å tenke på sitt eget kortsiktige ve og vel.

6.8 *Mertons latente funksjoner og Boudons uintenderte konsekvenser*

Mertons begrepsmessige skille mellom manifeste og latente funksjoner har hatt en massiv innflytelse på sosiologisk analyse, og Merton sier selv at innføringen av begrepet latente funksjoner bidrar til å gi den sosiologiske fagprofesjonen dens distinkte karaktertrekk. Videre framhever han at denne dimensjonen vil kunne forhindre sosiologer fra å bli

fanget i praktikernes målsetninger, med fokus utelukkende på beskrivelse og registrering av kjente, åpenlyse atferdsmønstre (Merton 1968:117).

Definisjonen av begrepene er formulert slik at begge typer funksjoner beskriver mekanismer som virker til å opprettholde et system eller en betemt atferd, men forskjellen består i at de manifeste er erkjent og intendert av aktøren(e), mens de latente ikke er erkjent og følgelig heller ikke intendert.

.... manifest functions and latent functions; the first referring to those objective consequences for a specified unit ... which contribute to it's adjustment or adaptation and where so intended; the second referring to unintended and unrecognized consequences of the same order. (Merton 1968:117).

Utleddet av denne modellen er også begrepet "unanticipated effects", som forøvrigt kan være mer synlige og åpenbare enn de latente, men som oppstår som en bieffekt i forhold til den opprinnelige intensjon med handlingen. Herav også bieffektsmodellen for evaluering, som tidligere er omtalt under punkt 6.2.

Boudon har i boka "The unintended consequences of social action" (Boudon 1982) utarbeidet en modell som innbefatter såkalte "perverse effekter". Begrepet henspiller på effekter med direkte motsatt utfall av det som var tilstrebet i de formulerte målsetningene. Her bygger han direkte på Mertons begrepsapparat, når han i innledningen til boka presenterer sin agenda: "My aim in this book is to restate the case that Merton in 1936 made for what could be called the paradigm of the perverse effect." (Boudon 1982:6). Han skiller mellom intenderte og unintended effekter, forutsette eller uforutsette og positive eller negative. Begrepet unintended konsekvenser omfatter alle virkninger som ikke var planlagt, idet han definerer disse som "The existence of effects that actors did not explicitly intend." (Boudon 1982:8). I tillegg poengterer han at denne typen effekter meget vel kan være *ønskelige* til tross for at de ikke var eksplisitt *ønsket*, og modellen som sådan tar ikke stilling til om effektene oppleves som positive eller negative. Videre kan effektene angå enkeltinteressenter (individuelle effekter) eller større grupper (kollektive effekter av individuelle handlinger). Dersom effektene er uforutsette kan de ifølge Boudon klassifiseres som det Merton kaller "unanticipated consequences."

Som Vedung har påpekt, krever en slik tilnærming ofte et relativt langt tidsperspektiv og i alle tilfeller en bred og kreativ innfallsvinkel når mulige effekter studeres. Riktignok kan utilsiktede effekter være iøyenfallende, men tilfellet er nok ofte det motsatte, især når en ser etter funksjoner som ikke er deltakerne bevisst. Det

essensielle i tilnærmingen er jo nettopp å oppdage og analysere faktorer som kanskje ikke intuitivt settes i sammenheng med den planlagte innsatsen.

Når endel av de ansatte i etterundersøkelsen framholder at de er svært tilfredse med kompetansen, til tross for at de kun i beskjeden utstrekning anvender den konkrete metodikken som et verktøy i sin virksomhet, kan det være relevant å undersøke hvorvidt det kan finnes latente eller manifeste utilsiktede funksjoner knyttet til det å inneha slik kompetanse, som bidrar til å opprettholde tilfredsheten – utover den åpenbare manifeste funksjonen at selve kartleggingsprosessen får et kvalitetsløft når metodikken anvendes. På den andre siden kan det være verdt å undersøke om det kan finnes perverse effekter som bidrar til å redusere bruken eller til å svekke kvaliteten på kartleggingen når metodikken brukes, eller om lav bruksfrekvens har helt tilforlatelige årsaker som manglende ressurser. Dette synes særlig aktuelt i virksomheter med god tilgang på aktuelle klienter, men hvor de ansatte ikke finner rom til praktisk anvendelse, til tross for at de også ved etterundersøkelsen hevder at de ser på metodikken som et svært effektivt verktøy.

Kapittel 7: Kartleggings- og diagnoseinstrumenter

7.1 *Ulike typer instrumenter*

På markedet finnes et mangfold av verktøy og instrumenter som har til formål å beskrive eller klassifisere forskjellige tilstander. Av de mest kjente er kanskje instrumenter for personlighetsvurdering, som for eksempel MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) og MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Disse kan utelukkende benyttes av personer med klinisk kompetanse som psykolog eller psykiater. Ulla Järgeby (2004:20) skiller mellom fire kategorier av ”bedömningsinstrument” utifra formål og fokus: Instrumenter for måloppfyllelsesmåling, instrumenter som dekker flere livsområder, instrumenter som konsentrerer seg spesifikt om ett særskilt livsområde og instrumenter til måling av brukerens erfaringer med tjenestene. En annen inndeling, kan gjøres på bakgrunn av når i rehabiliteringsprosessen bedømmningen gjennomføres (se figur), kartlegging er slett ikke bare aktuelt i forkant av behandling, og særlig ikke i en

sektor hvor mange klienter erfaringsmessig har flere behandlingsopplegg for å bli rehabilitert.

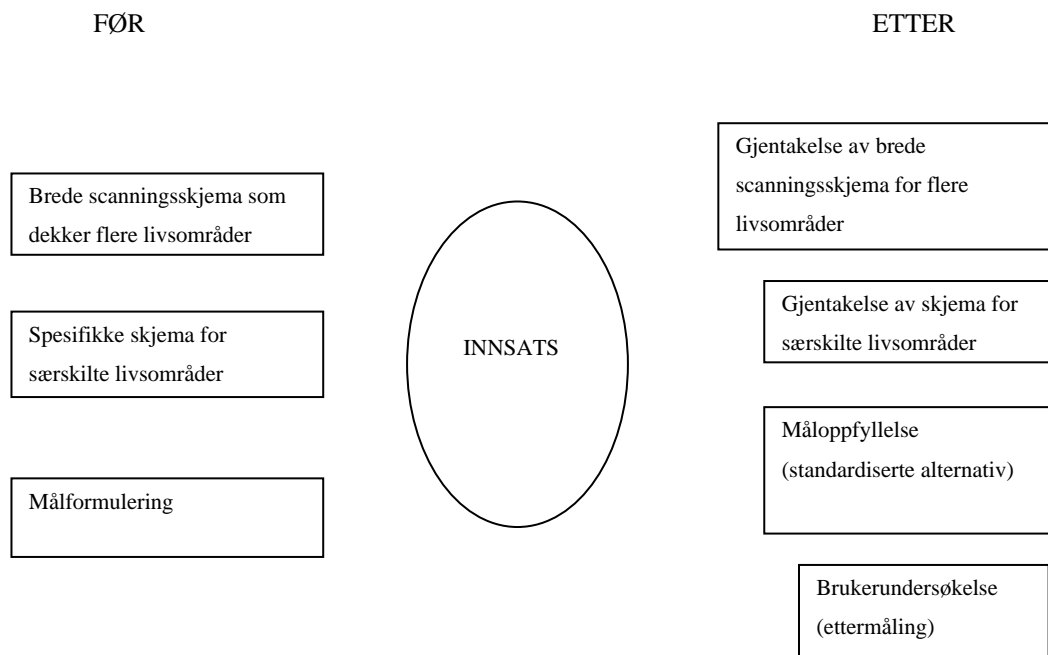


Fig. etter Järgeby (2004:21)

De enkleste skjemaene kalles gjerne screeningverktøy beregnet på store grupper, der formålet primært er å påvise personer med behov for grundigere utredning på et bestemt område. En annen form for verktøy med stor utbredelse, er diagnoseinstrumentene. Disse har til hensikt å klassifisere en tilstand i henhold til en anerkjent kategori, typisk ett av de to internasjonale klassifikasjonssystemene beskrevet nedenfor. Et annet viktig skille kan trekkes mellom intervjumetoder og selvrapporteringsmetoder. Forskjellige fagfelt har ofte utviklet sine spesialiserte verktøy til sine informasjonsbehov, som for eksempel spesialpedagogenes instrumenter for å måle lese- og skriveferdigheter eller psykologiske tester for å beskrive personlighetstyper. Ofte er instrumentene belagt med grader av restriksjoner for bruken, det være seg formelle kompetansekrav til utdanning og/eller opplæring i det spesifikke verktøyet, copyrightbeskyttet skjemamateriell eller liknende.

7.2 *Diagnosesystemene ICD og DSM*

Det finnes to anerkjente internasjonale diagnosesystemer, som begge er i bruk verden over:

- ICD-10 står for International Classification of Diseases, 10. revisjon, bygget opp av Verdens Helseorganisasjon, WHO. I Norge representerer dette systemet idag det offisielle klassifikasjonssystemet for alle typer helseproblemer. Kapittel 5, som omhandler psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, er den mest relevante delen for konteksten rus, også kalt substansrelaterte lidelser. Den siste revisjonen som brukes i dag, ble tatt i bruk her i landet i 1997. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer utgis i en egen håndbok (WHO/Statens helsetilsyn 2000)
- DSM-IV er en forkortelse for Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, fjerde revisjon, som ble utgitt i 1994 av American Psychiatric Association, APA. Dette er dermed et system som utelukkende klassifiserer de psykiske lidelsene. Siden den første amerikanske versjonen ble utgitt i 1952, er kriteriene oversatt til mer enn 10 språk og dagens norske manual ”Diagnostiske kriterier” utkom i 1997 (APA 1997).

For rusfeltets del er disse versjonene idag for alle praktiske formål så godt som identiske, noe som imidlertid ikke alltid har vært tilfelle. At det stadig finnes to uavhengige systemer beror tildels på at det er forskjeller i andre deler av systemene enn de som vedrører rusproblematikk, dels på at DSM har en stor utbredelse innen forskningsvirksomhet, også i Norge. Systemene integrerer i noe ulik grad og i noe ulikt tempo strømninger som gjør seg gjeldende innen kunnskapsstatus og forståelsesformer, på bakgrunn av at de har sitt opphav i to ulike verdensdeler. Et illustrerende eksempel er betegnelsen *alkoholisme*, som ble tatt inn i ICD’s revisjon utgitt i 1956, for deretter å bli erstattet av det nye begrepet *alkoholavhengighetssyndrom* i 1972-revisjonen.

7.3 *Noen kartleggingsinstrumenter i rusfeltet*

Her følger en kort presentasjon av noen aktuelle instrumenter som idag er i bruk i det norske rusfeltet, før jeg går dypere inn i de to som er mest i fokus i denne studien – ADDIS og ASI. Sistnevnte har ikke vært direkte inne i dette prosjektet, men et

sammenlikningsgrunnlag er relevant fordi de svenske erfaringene som refereres gjennom oppgaven, nettopp relaterer seg til dette instrumentet. En skjematisk sammenlikning mellom de to instrumentene følger etter presentasjonen. Den følgende oversikten vil på ingen måte være uttømmende, men kun gi noen utvalgte eksempler på det som finnes i regelmessig bruk. Et utvalg finnes beskrevet i den såkalte "Tilbudskatalogen" utgitt i samarbeid mellom det tidligere Rusmiddeldirktoratet og Statens Institutt for Rusmiddelforskning, SIRUS (Watten 1998), mens en kort omtale av bruken i det norske praksisfeltet finnes i boka *Dobbelt opp om dobbeltdiagnoser* (Evjen m.fl. 2003).

Drug Abuse Screening Test, DAST/Short Michigan Alcohol Screening Test, SMAST er et relativt enkelt og kortfattet skjema i to versjoner, for kartlegging av henholdsvis bruk av illegale stoffer eller alkoholbruk. Disse verktøyene kommer således i en litt annen kategori enn de øvrige jeg her beskriver, men er likevel tatt med all den tid de er i omfattende bruk ikke minst blandt allmennpraktiserende leger, som jo stiller diagnoser og med rusreformen også kan henvise til rusbehandling.

Composite International Diagnostic Interview, CIDI (brosjyre utgitt av Øst-Norsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål, 2002) er et meget omfattende, databasert diagnostisk instrument som brukes for å kartlegge symptomlidelser (akse I-lidelser i diagnosesystemet DSM). Instrumentet relaterer seg både til kriteriene innen ICD og DSM. Det finnes i dette systemet en egen valgfri rusmodul, som man kan inkludere etter behov, og det er utarbeidet for også å være sensitivt i forhold til denne spesielle typen komorbiditet. I Norge brukes instrumentet innen både forskning og klinisk virksomhet. Øst-Norsk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet HF (tidligere Sanderud sykehus) driver opplæring, sertifisering og har omfattende erfaring med egen bruk gjennom den store norske rus- og psykiatriundersøkelsen, gjennomført blant innlagte til behandling (Landheim, Bakken og Vaglum 2002).

Symptoms CheckList, SCL-90 er et selvutfyllingsskjema som består av 90 påstander som en skal gradere enighet eller uenighet i forhold til, på en firedelt skala. Verktøyet finnes også i en kortversjon, kalt SCL-25. Mange utredningsenheter i rusfeltet benytter seg av dette instrumentet i kombinasjon med tradisjonelle diagnostiske instrumenter.

Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT er et meget kort screeningverktøy utviklet til bruk i allmennhelsetjenesten, for å avdekke eventuelt risikabelt alkoholkonsum.

7.4 *ADDIS: Alkohol Drog Diagnos InStrument*

Den originale amerikanske versjonen av instrumentet heter Substance Use Disorder Diagnostic Scedule, forkortet SUDDS, og ble utviklet i av N.G.Hoffman og P.A.Harrison med utgangspunkt i et mer generelt, føderalt utviklet intervjuinstrument. Den norske versjonen av instrumentet er en direkte oversettelse fra den svenske utgaven, som på i 1987 ble oversatt og tilpasset svenske forhold. Instrumentet har gjennomgått omfattende valideringstester i USA, men hverken i Sverige eller Norge.

Spørsmålene og strukturen i ADDIS-intervjuet er bygget opp omkring kriteriene for substansrelaterte avhengighetsdiagnoser innen henholdsvis diagnosesystemene ICD 10 fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) eller DSM-IV fra American Psychiatric Association (APA). I tillegg finnes spørsmål av mer allmenn karakter for å gi et bakteppe til en helhetlig vurdering og tiltaksanbefaling, samt screeningspørsmål for angst og depresjon. Disse er tatt med for å avdekke eventuelle behov for viderehenvisning til nærmere psykiatrisk undersøkelse.

Selve instrumentet består av et helstrukturert intervju skjema (se vedlegg nr. 1) med 75 hovedspørsmål samt spesifiserende underspørsmål, knyttet til hovedgruppene allment, angst og depresjon, bruksmønster og historikk i forhold til alkohol, narkotika og medikamenter, behandlingserfaringer, evt. rus- eller psykiske problemer i familien, risikoatferd, relasjonsproblemer, jobb og skole, juridiske komplikasjoner m.m. Det finnes kodete svaralternativer for praktisk talt alle spørsmål, unntak er for eksempel egen og nære familiemedlemmers behandlingshistorie, der svarmuligheten er helt åpen. Ialt vil det dreie seg om 263 spørsmål dersom det kun er ett aktuelt rusmiddel. Alle de rusrelaterte spørsmålene stilles spesifikt for hver aktuelle substans, slik at det skilles mellom alkohol, 2 hovedgrupper medikamenter, 6 grupper narkotiske stoffer, samt 2 samlegrupper - ialt 11 ulike rusmiddelkategorier av substanser. For en tungt belastet blandingsmisbruker vil således mange av spørsmålene måtte gjentas for flere grupper og det totale antall spørsmål vil dermed bli mange ganger høyere enn 75, teoretisk nærmere 2000 (!) spørsmål dersom alle rusgruppene skulle være aktuelle. Et særtrekk ved underspørsmålene er den sterke fokuseringen på historikk i form av debutalder for bruk av de ulike rusmidlene og tilsvarende for symptomer av fysisk og psykisk art, samt for sosiale konsekvenser. Denne informasjonen benyttes i senere analysearbeid til å utforme en grafisk framstilling over problembelastningens kronologiske progresjon i klientens liv. Prosedyren gir erfaringsmessig et svært nyttig utgangspunkt for refleksjoner til det videre

rehabiliteringsarbeidet, idet visualiseringen gir god anledning til å se betydningsfulle livshendelser i sammenheng.

I tillegg til selve intervju spørsmålene finnes diverse hjelpeskjemaer for bruk under analysen og for den obligatoriske oppfølgingssamtalen hvor resultatene blir tilbakeført til klienten: Sjekkliste for skåring av klientens svar er tilpasset diagnosekriteriene for henholdsvis ICD-10 og DSM-IV. En pedagogisk sjekkliste til bruk i oppfølgingssamtalen, omgrupperer svarene etter 8 livsarenaer eller symptomområder, så som forsømmelse av plikter, tap av kontroll, rettslige problemer, sosial/psykisk/fysisk forverring og liknende.

Hovedformålet med ADDIS som kartleggingsinstrument er å *stille diagnose* eller *gi en bedømmning* av problembelastning i henhold til diagnosekriteriene, som igjen danner basis for *anbefaling* av eventuelle behandlingstiltak. Den praktiske anvendelsen vil typisk være knyttet til spørsmål omkring ”matching” av klient og tiltak. Det norske behandlingsapparatet for rusproblemer har liten tradisjon for bruk av diagnoser, og med unntak for trygdesaker, finnes idag intet regelverk som forutsetter en bestemt diagnose for å utløse en spesifikk tjeneste. I praktisk arbeid kan derfor ofte det viktigste formålet være å skaffe oversikt over klientens status og problemenes utviklingshistorie, mer enn å stille en diagnose – og den framtidige anvendelsen av kartleggingsdataene kan være uklar.

Det stilles ingen krav til formalkompetanse for bruken av ADDIS-instrumentet, slik tilfellet er for eksempel med enkelte psykologiske og pedagogiske tester. I Norge gir likevel Helsepersonelloven visse generelle begrensninger i hvilke faggrupper som kan benytten betegnelsen *diagnose* om sine vurderinger. Således blir ikke-klinisk-kompetente brukere av ADDIS-systemet opplært til å betegne konklusjonen en ”bedømmning”, selv om innhold og form forøvrig relaterer til de nevnte diagnosekriteriene. Den systematiserte og analyserte informasjonen kan deretter selvsagt danne grunnlag for en diagnose stilt av en med den foreskrevne kliniske kompetanse. Bruken av ADDIS-instrumentet er imidlertid lisensiert, og firmaet som driver kurs og veiledning, sørger samtidig for sertifisering og selger det copyrightbeskyttede skjemamateriellet. I dette ligger også en viss kontroll med hvem som tas inn på sertifiseringskursene, basert på både formal- og realkompetanse. Det forutsettes at deltakerne oppfyller følgende minstekrav til forkunnskaper: ”Utdanning på akademisk nivå i helse- og/eller sosialfag (f.eks. lege, sykepleier, psykolog, sosionom), eller utdanning som alkohol-/rusterapeut (addictolog) tilsvarende minimum 40 vekttall i høgskolesystemet.” (Kursmateriell utgitt av GT-consulting, versjon 2000, s.3)

Selve standardkurset (som skiller seg noe fra den integrerte opplæringen som er beskrevet i dette prosjektet) består av 30 timer undervisning samt veiledning på utført intervjuarbeid. Kurset består av 1 introduksjonsdag, 3 dagers grunnkurs i generelle rus- og avhengighetskunnskaper, 2 godkjente intrervjuer med klient, med personlig veiledning for hvert intervju før klarsignal gis om at neste kan påbegynnes, 2 fordypningsdager, ytterligere 2-3 klientintervjuer med samme type veiledning og godkjenning. Opplæringen avsluttes med en halvdags test bestående av en allmenn ruskunnskapsdel og et utvalg av case som skal gis bedømmning i henhold til diagnosekriteriene og anbefales videre behandlingstiltak. Begge testens deler skal bestås før en er ferdig sertifisert.

7.5 *Europ-ASI: Addiction Severity Index*

Addiction Severity Index, ASI (McLelland m.fl. 1980) er et internasjonalt velkjent kartleggingsinstrument med stor anvendelse innen både klinisk virksomhet, tiltaksplanlegging og forskning. Instrumentet ble utviklet i USA i 1980 av McLelland og en gruppe medarbeidere, nettopp med en sentral ambisjon om anvendelighet for flere formål. Materiellet er gratis, og bruken forutsetter formelt ingen forkunnskaper, selv om et spesifikt kurs anbefales på det sterkeste. Bruken er derimot belagt med en plikt til å avgi innsamlet informasjon til en sentral database til forskningsformål. Instrumentet består av et strukturert spørreskjema med en integrert vurderingsskala som beskriver alvorlighetsprofil innen områdene fysisk tilstand, arbeid/forsørgelse, alkohol, stoff/medikamenter, lovbrudd, familie/sosiale relasjoner og psykisk tilstand. Temaområdene representerer med andre ord de fleste arenaene en ville ønske å kartlegge for eksempel i en tradisjonell sosialrapport. Gjennomgående i hele intervjuet er at vurdering av problembelastning gjøres av både klienten og intervjueren, samt intervjuerens vurdering av klientens troverdighet.

Den norske versjonen (Hidle, Lauritzen og Skretting 1997) bygger på en europeisk utgave, med betegnelsen Europ-ASI. Foranledningen for det norske engasjementet var behovet for et verktøy til å kartlegge individuell problembelastning i forbindelse med den store prospektive klientkartleggingsstudien som SIRUS påbegynte i 1990 (Melberg m.fl. 2003). I denne anledning ble en større gruppe klinikere fra rusbehandlingstiltak opplært til å gjøre intervjuer på egne klienter, slik at omtrent halvparten av intervjuene ble gjennomført av SIRUS sine egne ansatte mens resten ble gjort av klinikere fra feltet.

SIRUS sto selv for opplæringen, som ble gjennomført ved kurs av 2 dagers varighet og 2 egne intervjuer med veiledning fra en erfaren intervjuer. Så langt har den norske versjonen ikke vært tilbudt på det åpne markedet, men interessen fra praksisfeltet er stor, og responsen fra de som bruker det er overveldende positiv. (Norsk/svensk erfaringskonferanse arrangert av SIRUS og Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, 18.10.04) Det ventes en beslutning vedrørende en eventuell offentlig satsning på bred implementering i praksisfeltet, i nær framtid.

Våre naboer i Sverige har en omfattende erfaring med bruk av ASI fra begynnelsen av 1990-tallet, både innen behandlingsapparatet (Oscarsson 2004, Lyly & Skoglund 2002) og i sosialtjenestens førstelinje (Andréasson 1996, Nyström (red.) 2003). Av nyere dato er dessuten økt bruk innen ungdomsinstitusjoner, i kriminalomsorgen og i arbeidslivet og utbredelsen øker stadig til nye sektorer. Til forskjell fra i Norge, har svenske forskere gjennomført normeringsforsøk og tester for reliabilitet, i forbindelse med oversettelsen (Andréasson 2003).

En sammenlikning av ADDIS og ASI:

	ADDIS	ASI
FORMÅL	Diagnostisering i.h.t ICD-10 eller DSM-IV. Anbefaling av behandlingstiltak.	Individuell behandlingsplanlegging. Evalueringsoppfølging. Forskning.
ANTALL SPØRSMÅL	50 hovedspørsmål. 263 totalt for hver substans 1974 totalt for alle substanser	172 totalt for begge substansgrupper
TEMA	Allment Stress Angst og depresjon Kaffe/te/nikotin/mat Alkohol/tabletter/narkotika	Identifikasjon Generell informasjon Fysisk tilstand Arbeid og forsørgelse Bruk av alkohol og stoff/medikamenter Lovbrudd Familiehistorie Familie og sosiale relasjoner Psykisk tilstand
SUBSTANS-KATEGORIER	Alkohol Sove- /beroligende tabl. Smertestillende tabl.	Alkohol Stoff/medikamenter

	Cannabis Amfetamin Kokain Opiater Hallusinogener Løsemidler Andre/blanding	
TIDSVINDU	12 måneder, alt. livstid	6 måneder, alt. 1 måned

Kapittel 8: Relevante juridiske bestemmelser

8.1 Sosialtjenestelovens kapittel 6

Kapittel 6 i Lov om sosiale tjenester regulerer alle tjenester som er spesielt innrettet mot rusmiddelmisbrukere, selv om disse klientene også omfattes av lovens allmenne kapitler, for eksempel i forbindelse med økonomisk stønad eller generelle hjelpetiltak. De norske kommunenes store frihet til å organisere sitt tjenestetilbud utifra beforlknings sammensetningen og dennes behov, bidrar til at dette løses svært ulikt omkring i kommune-Norge. Noen kommuner har skilt ut tjenester til denne gruppa i en egen enhet med spesialisert personale og eventuelt også egne lokaler, mens andre opererer utifra et generalistprinsipp der enhver sosialkonsulent i prinsippet håndterer alle typer oppgaver fra rus til flyktninger til husleierestanser eller bostedsløse. I kapittel 6 presiseres sosialtjenestens hovedansvar for den spesielle klientgruppa som rusklientene utgjør, og særlig det langsiktige oppfølingsansvar for klienter som legges inn i døgninstitusjon for behandling eller omsorg. Videre har sosialtjenesten et koordineringsansvar, med andre ord et særskilt ansvar for å trekke inn ekspertise eller samarbeidspartnere, det være seg lokalt i kommunens egen tjenesteproduksjon eller på andre forvaltningsnivåer utifra den enkelte klients behov. Et problem med flere av disse lovhjemlene er deres generelle og noe visjonære formuleringer, som vanskelig kan anvendes som styringsredskap i det praktiske arbeidet, utover det å ha funksjon som veiledende retningslinjer. Å avgjøre hva klienten i det aktuelle tilfellet har krav på, er vanskelig på bakgrunn av disse bestemmelsene. Et konkret eksempel i så måte er

kommunens ansvar for ettervernstiltak når klienten avslutter behandlingen, som er regulert i § 6-1 fjerde ledd. Her er det både noe uklart hvilke tiltak som skal inngå i begrepet ettervern, det er en stor gråsoner mellom disse tiltakene og helt ordinære hjelpetiltak, det er svært uklart om det finnes noe minstemål som skal dekkes og det blir i det hele tatt opp til kommunen hvordan de velger å definere formuleringen ”skal legge til rette nødvendige tiltak...” i nevnte paragraf. I praksis ser man da også at tilbudet innen denne typen tiltak varierer enormt med kommunens prioriteringer, fra å betale for et opplegg helt og holdent i institusjonens regi til å drive egne støtte- og koordineringssentre øremerket for ettervernsgruppa, med bemanning 5 dager og 4 kvelder pr. uke (Dahl m.fl. 2003). Også Helsetilsynets første landsomfattende tilsynsrapport med tjenester til rusmiddelmissbrukere påpeker mangler ved en stor andel av de undersøkte kommunene nettopp på dette punktet: ”Fylkesmennene har funnet *tilfeldig og usystematisk kartlegging av behov* og oppfølgingstiltak under behandlingen og ved avslutningen av institusjonsopphold. Tilsynet har også avdekket eksempler på at det *mangler plan og innhold i oppfølgingen*. Det er eksempel på *svikt i samhandlingen* mellom de ulike kommunale tjenestene som skal støtte brukeren som er i et behandlingsopplegg.” (Helsetilsynet 2005b:13, mine uthevinger). Disse funnene bekrefter dessuten de mangler i tjenestetilbudet som SINTEF Unimed fant da de i 2003 gjennomførte en studie av sammenhengen mellom behov for tjenester og faktisk tilbud til rusklienter (Gundersen m.fl. 2004:kap.4.6). Her poengteres at under halvparten av de undersøkte klientsakene hadde en egen koordinator, og videre at tjenester knyttet til individuelle handlingsplaner og ansvarsgrupper, er blant de områder hvor det dokumenteres størst gap mellom behov og tilbud. Med andre ord konkluderes at tverrsektorielt samarbeid er et felt med betydelig behov for kvalitetsheving.

Rusreformen har også medført visse endringer i rutinene omkring vedtak om innleggelse i behandlingsinstitusjon, i og med at hele driften nå er overført statlige helseforetak. Det blir dermed ikke naturlig for kommunen å fatte et forvaltningsvedtak når ikke lenger innleggelse forutsetter at ressurser utløses i form av kroner og øre fra de kommunale budsjetter, selv om det fortsatt er slik at det naturlige juridiske hjemmelsgrunnlaget for en stor del av klientene vil være Lov om sosiale tjenester § 6-1 frivillig innleggelse, § 6-2 innleggelse uten eget samtykke og § 6-3 frivillig innleggelse med samtykke til tilbakeholdelse.

8.2 *Pasientrettighetsloven*

Dagens pasientrettighetslov ble vedtatt i juli 1999 og trådte i kraft 01.01.01, som ledd i et større juridisk rehabiliteringsarbeid på helsefeltet. At vi fikk denne nye loven må sees i sammenheng med at det samtidig ble vedtatt ny spesialisthelsetjenstellov, helsepersonellov og ny lov om psyisk helsevern. Til sammen representerer disse fire sentrale helselovene og deres tilhørende forskrifter en vesentlig klargjøring og styrking av pasienters juridiske stilling i form av rettskrav og klageadgang, samtidig som de legger til rette for en sterkere offentlig styring med helsesektorens virksomhet (Syse 2004).

I lovens § 1-1 står om dens *formål* at den er ment å skulle ”bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet”, og videre at den skal ”bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.” (LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter). Denne såkalte formålsbestemmelsen vektlegger blant annet grunnleggende verdier for helsevesenet såvel som for det norske velferdssamfunnet – så som pasientens menneskeverd og krav på respekt for egen integritet. Det er med andre ord store visjoner en her har tatt sikte på å operasjonalisere.

Heretter følger en kort gjennomgang av de lovbestemmelser som anses særlig relevante for oppgavens problemstillinger:

§ 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Paragrafen inneholder nærmere kriterier for når retten gjelder, den er ikke særlig aktuelt for selve utredningen.

§ 2-2 Rett til vurdering av hvorvidt det er nødvendig med helsehjelp og *informasjon om når nødvendig helsehjelp forventes å bli gitt*. Her står det videre at vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen, om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. Her er både hovedbestemmelsen om selve rettigheten og leddet med presisering om antatt ventetid aktuell når en utredning munner ut i en anbefaling for videre tiltak. Det er her nødvendig å skille mellom en rent terapeutisk utredning gjort for behandlingsformål, og den forvaltningsmessige utredningen som følger av den formelle vurderingen av klientens juridiske status. Den sistnevnte gjøres i dertil egnet enhet utpekt av helseforetaket i regionen, noen steder sosialmedisinsk poliklinikk, andre steder utredningspost eller liknende.

§ 2-4 *Rett til valg av sykehus* presiserer pasientens rett til å velge mellom konkrete tiltak på samme behandlingsnivå, for eksempel mellom polikliniske tiltak eller ulike døgntilbehandlingsenheter. Det presiseres at bestemmelsen ikke gir rett til å velge nivå. Overført til rusfeltet vil det her dreie seg om klientens valg av aktuell institusjon eller sykehuspost, alternativt hvilken poliklinikk som behandlingen ønskes utført ved. Det har versert noe ulike fortolkninger av denne bestemmelsen for rusfeltet sin del, all den tid ulike enheter på samme nivå, kan tilby svært ulike behandlingsopplegg. Det synes nå avklart fra myndighetenes side at retten skal praktiseres mest mulig parallelt til innarbeidete rutiner innen somatisk sektor.

§ 2-5 *Rett til individuell plan* gjelder for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, noe som vil være tilfellet for praktisk talt alle rusklinter som søker behandling. Riktignok med unntak for en liten gruppe ressurssterke personer med nettverk og arbeid intakt, som nok kan utgjøre en betydelig andel av storkonsumentene, men ikke en svært stor andel av de som søker seg til offentlige behandlingstiltak.

§ 3-1 *Pasientens rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen*, blandt annet ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, slik at en må ta stilling til klientens tilstand når informasjon gis. Denne bestemmelsen er nært beslektet med formuleringen i § 3-5, som sier at informasjonen skal ha en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. I dette ligger at den enkelte klient ikke kan presses eller tvinges til å delta i et ADDIS-intervju, men må kunne velge å avgi sin informasjon i mer tradisjonell og mindre strukturert form. Videre må de ansatte være bevisst ved valget av en slik metode, slik at den ikke tas i bruk der man er i tvil om klientens evne til å stå i en slik situasjon.

§ 3-2 *Pasientens rett til informasjon* som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og om mulige risikoer og bivirkninger. Bestemmelsen henger uløselig sammen med medbestemmelsesretten beskrevet i § 3-1, da informasjon ansees å være helt avgjørende for å kunne nyttiggjøre seg medvirkningsretten.

Her må en ha et reflektert forhold til å tilbakeføre til klienten både avgitte data i systematisert form og ikke minst vurderinger og anbefalinger. I dette ligger at informasjonen må være saklig og nøktern, men heller ikke på noen måte må bagatellisere eller overdrive problemenes alvorlighet. For rusklinter vil det også være aktuelt å

orientere om mulig risiko forbundet med å ikke gå inn i behandling, dersom dette vurderes som påkrevet.

DEL III: ERFARINGER FRA PRAKSIS

Kapittel 9: Ledelsesmessig strategi

9.1 *Forankring*

Ansattintervjuene er foretatt blant et bredt utvalg av deltakerne, utvalgt for å dekke mest mulig av variasjonen i virksomhetstyper, samt alle fire geografiske områder. Kombinert med dette overblikket, er valgt å se noe mer inngående på to av de kommunale enhetene som synes mest sammenliknbare med hensyn til størrelse, organisering og forpliktelse i prosjektet: Sosialtjenestens spesielle enhet i Sosialmedisinsk senter (SMS) i Nordby og den spesialiserte oppfølgingstjenesten kalt Rus- og psykiatritjenesten i Østby.

De to prosjektansvarlige kommunenes historiske tilnærming til ADDIS-instrumentet er meget forskjellig: Nordby etablerte et samarbeid med den private kursarrangøren allerede våren 2000, foranlediget av en informasjonsdag som ble avholdt for interesserte ledere og saksbehandlere fra ulike forvaltningsnivåer og sektorer. Således ble det aller første kurset her gjennomført i kommunal regi høsten 2000, med tre deltakere fra sosialetaten i Nordby. Brukerne av instrumentet har primært vært førstelinjeansatte fra sosialsektoren, men etterhvert har også ansatte innen kommunal psykiatrioppfølging deltatt, og 2 personer ansatt i denne enheten var ferdig sertifisert pr. mars '04.

Østby kommune kom derimot med i prosjektet i en sen fase av forberedelsene, etter at den andre av de to opprinnelige kommune trakk seg. Da lederintervjuene ble gjennomført var 4 personer i sosialtjenesten og 2 i voksenopplæringsenheten sertifisert, og det forelå ingen systematiske planer for å utvide antallet. Den direkte foranledningen for deltakelse i prosjektet var altså et personlig bekjentskap og langvarig samarbeid mellom fagutviklingslederne i de to kommunene. Mellomleder i Østby forteller at de visste lite om ADDIS før opplæringen, men at enhetens særskilte behov som helt nyetablert passet svært godt med opplæringens innhold. Slik fikk de en tiltrengt oppgradering av den rusfaglige kompetansen og det at flere av de ansatte deltok i opplæringen samtidig ga dem det hun omtaler som "en felles kunnskapsbase".

En meget påfallende forskjell mellom de to kommunenes tilnærming, er den tette kontakten Nordby later til å ha hatt både vertikalt *mellom ulike nivåer* og horisontalt *mellom sektorer*. Også mellom fagfelt som tradisjonelt har stått for sosialfaglig kontra pleie- og omsorgsideologisk tilnærming, fortelles det idag om felles holdning til

verktøyet. Et uttrykk som nevnes er snøballeffekt, her kan det dessuten late til at denne effekten har gått i flere retninger i organisasjonen. Utøvernes positive erfaringer er spredd i både muntlig og skriftlig form, og nye kurs er tildels igangsatt for å sertifisere nyansatte, men også til dels etter forespørsel fra ansatte som ønsker kompetansen etter å ha hørt om den fra andre. Fagutviklingsleders entusiasme er forankret i hva utøverne selv rapporterer, og det poengteres mange ganger i løpet av intervjuet at solide og entydige positive evalueringene fra de ansatte som bruker instrumentet har vært helt avgjørende for hans beslutninger om systematisk satsing: ”Jeg stoler helt på de ansatte der ute, de vet sjøl hva de trenger.” Det faktum at ledere på ulike nivåer er engasjert, trekkes fram i flere sammenhenger, og det omtales som positivt at enkelte med sertifisering har blitt rekruttert til lederstillinger. Det mest konkrete og synlige uttrykket for engasjementet er da også at mer eller mindre kontinuerlig kursing av nyansatte og innføring av instrumentet blant ansatte i nye enheter etterhvert er blitt en fast prioritert post på et trangt kommunebudsjett. Kontrasten blir tydelig til fagutviklingsleder i Østby som forteller at det var han som tok beslutningen om deltakelse og hadde ansvaret for igangsetting, men at han etter prosjektet ikke har vært involvert i denne delen av virksomheten.

9.2 *Formål*

Østby kommune var som nevnt midt i en omfattende omstillingsfase, som vedrørte både hele kommunen, sosialetaten og ikke minst arbeidet med rusklientene. I denne anledning hadde store deler av tjenestetilbudet nylig gjennomgått en grundig revisjon, og organiseringen ble endret fra den tradisjonelle etatsformen til en bestiller-utfører-modell. Da henvendelsen fra Nordby kom, var mange av de ansatte i ferd med å få nye arbeidsoppgaver og ansvarsområder, så også i den nyopprettede oppfølgingsenheten for rusklienter. Disse tjenestene fikk nå en felles organisering og samlokalisering med psykiatritjenesten, og samtidig skarpere atskilt fra forvaltningsenheten som nå fikk ansvar for blant annet økonomisk sosialstønad og formelle vedtak, inkludert behandlingstilbud for rusklienter. Et tilbud om deltakelse i et slikt metode- og kompetansestyringsprosjekt som ADDIS, var derfor kjærkomment både av faglige og mer organisatoriske grunner for den nye personalgruppa. Det var derimot ikke entydig klart hvor i den nye organisasjonen en slik kompetanse ville være mest påkrevet, og det beskrives at rekrutteringen ble gjennomført etter lystprinsippet. Opplæringen hadde fra starten av

også to deltakere fra forvaltningsenheten, noe som kan synes logisk, gitt at det er her vedtakene fattes. Begge disse to trakk seg imidlertid på et tidlig stadium av opplæringen, som følge av en vanskelig intern bemanningssituasjon og omfordeling av arbeidsoppgaver. Ingen av disse to jobber idag med rusrelaterte spørsmål.

9.3 *Nettverk*

Forskjellene mellom de to kommunene gjenspeiles også i det eksterne nettverket. Nordby kommune hadde for det første flere egne enheter med sertifiserte ansatte, så som rus, psykiatri og hjemmetjenester. I tillegg hadde de flere eksterne samarbeidspartnere som var regelmessige brukere. Det nevnes således at minst 3 av de mest brukte behandlingsinstitusjonene i regionen har ansatte med slik kompetanse. Til sammenlikning gjelder dette såvidt vites ingen av Østby' hyppigste samarbeidspartnere, selv om instrumentet også her er i sporadisk bruk i behandlingssektoren.

Generelt synes tilfredsheten og entusiasmen også i Østby å være stor, både på stabsnivå og på utførernivå, men det kan synes som om den tette kontakten nivåene imellom ikke er den samme. Det foreligger da heller ikke tilsvarende framtidsstrategier for videre spredning av kompetansen, selv om to av de fire sertifiserte brukerne på Rus- og psykiatrienheten i senere tid har oppgradert seg med sertifisering i ADDIS-Ung-modulen.

Kapittel 10: Ansatterfaringer

10.1 *Kartleggingskompetanse i virksomhetene*

På spørsmål om *antall ADDIS-sertifiserte kollegaer* i tillegg til en selv oppgir 3 av deltakerne 0, 3 har svart 1, 6 har svart 2 og 2 har svart 3 kollegaer. Det er altså ingen av virksomhetene i materialet som har fler enn 4 ansatte som er sertifisert. På spørsmål om bruk av *andre kartleggingsinstrumenter* i virksomheten, svarer 6 av de ansatte ja og 7 nei, spørsmålet var uaktuelt for en som nylig hadde byttet arbeidsgiver. 4 av de som svarer ja gir ingen nærmere spesifisering, 1 har konkretisert svaret til CIDI og ASI, i tillegg til 1

som svarer ”egne skjemaer”. Svarene er vanskelige å tolke, men kan tyde på at få av virksomhetene har en velutviklet systematikk for kartlegging.

For rusenheten i Nordby, forteller mellomleder at de har en uttalt målsetning at både leder og alle 5 ansatte ansatte i saksbehandlerfunksjon til enhver tid skulle ha sertifisering, og at alle klienter som ble henvist til behandlings- eller oppfølgingstiltak skulle ha vært igjennom en ADDIS-kartlegging. Som følge av større utskiftning i personalgruppa var det på intervjuetidspunktet kun to av de ansatte som hadde slik sertifisering, men rutinene ble midlertidig ivaretatt med en innleid ansatt. Imidlertid var to nyansatte allerede igang med opplæring og ytterligere to skulle delta på neste kurs. Da lederintervjuene ble gjennomført var totalt 20 personer fordelt på ulike enheter i kommunen blitt sertifisert, og ytterligere ett kurs var planlagt avviklet i løpet av 2004.

10.2 Omfang av bruken

Informantene hadde ved hovedintervjurunden *gjennomført totalt 3 - 6 ADDIS-kartlegginger*, de aller fleste hadde gjort 4. Ved etterundersøkelsen var svarene naturlig nok betydelig mer variert, og fordelte seg mellom 6 og ca 40 gjennomførte kartlegginger. Her er tegner det seg et tydelig mønster i retning at de behandlingsrettede tiltakene har den høyeste brukshyppigheten, faktisk finner vi alle som har gjennomført fler enn 11 kartlegginger siste halvår, i denne virksomhetsgruppa. På aktuell *bruk siste halvår*, svarer halvparten av respondentene, 7 ansatte, at de har gjort mindre enn en kartlegging pr. måned, ingen har gjort mer enn en pr. uke, 2 av de ansatte har gjort mellom 1 pr. uke og 1 pr. måned, mens 5 av de 14 ansatte oppgir at de ikke har gjort noen ADDIS-kartlegging det siste halvåret. Denne siste gruppen er bedt om å angi mulige årsaker til dette, her oppgis kombinasjoner av begrunnelser som eget eller kollegers sykefravær, omorganisering, nye arbeidsoppgaver, flere tett påfølgende kursopplegg, samt generelt tidspress og manglende kontroll med egen arbeidstid som følge av underbemanning og stadige hastesaker. Flere utdyper svarene sine med at de bruker metodikken sjeldnere enn de selv vurderer som ønskelig, dessuten har 3 av de 5 som oppgir at de ikke har brukt instrumentet siste halvår skiftet arbeidsgiver eller arbeidsoppgaver, i tillegg til 2 av de 5 som ikke har svart.

Med hensyn til bruksmønster og anvendelsesområder for kartleggingsdata, viser etterundersøkelsen også store variasjoner når en sammenlikner de kommunale

sosialtjenestene innbyrdes, selv om de ikke viser store forskjeller med hensyn til bruksfrekvens. En av kommunene har integrert bruken systematisk og målrettet i virksomheten, en kommune rapporterer at de benytter informasjonen som framkommer mye i hver enkelt sak, selv om de har registrert moderat bruksfrekvens. En kommune har i liten grad systematisert arbeidet, mens bruksfrekvensen er omlag den samme som i de øvrige to sosialtjenestene. I den fjerde kommunen svarte ingen av de fire deltakerne på undersøkelsen, men det er på det rene at metodikken ikke har vært i bruk siste halvår.

10.3 *Kartleggingsprosessen før og nå*

I base-line-undersøkelsen (se vedlegg nr. 2) har informantene beskrevet hvordan de gjennomførte kartlegging før de tok i bruk ADDIS. Intervjuene har startet med å gå tilbake til dette temaet, hvor informantene først har tenkt tilbake fritt etter hukommelsen, og deretter fått kopi av sine egne svarskjema for kommentarer. Spørsmålet har vektlagt endring i praksis før og etter ADDIS-opplæringen på følgende områder:

- Identifisering av rusproblemer (Base-line spørsmål 2)
- Dokumentasjon av hjelpebehov (Base-line spørsmål 3)
- Dialog med klienten (Base-line spørsmål 4)

Flere besvarer spørsmålet med å tenke høyt og undre seg ”Hva gjorde vi egentlig før...”, og ofte brukes uttrykk som ”synsing”. Mange av informantene nøler før de svarer, det later til at mange finner dette vanskelig å spesifisere. Base-line-svarene inneholder mange ord som tilfeldig, lite struktur, ingen fast prosedyre, varierende metodikk. Typisk er også at informasjonsinnhenting i stor utstrekning baserte seg på varianter av mer eller mindre ustrukturerte *samtaler* med klienten på kontoret. En har oppgitt at det innhentes opplysninger hos eksterne samarbeidspartnere, da særlig klientens fastlege, men at dette sjelden bringer særlig detaljert informasjon. Ingen oppgir at hverken de selv eller virksomheten hadde noe helhetlig planmessig verktøy eller at de ansatte hadde noen felles sjekkliste på tema som skulle berøres i kartlegging, men noen få forteller om en slags uformell huskeliste i hodet. De ulike virksomhetene som inngår i Sosialmedisinsk senter (sosial-, og helsetjeneste, samt ruspoliklinikk) hadde et felles svært grovmasket registreringsskjema som ble fylt ut i første mottakssamtale med klienten, konsentrert omkring boforhold, rushistorie, behandlingserfaring og liknende. Dette ble så benyttet til fordeling av saker enhetene imellom, siden det her kunne være noe tilfeldig hvilken

instans som hadde førstekontakt med nye klienter. Tilsvarende oppgir en av informantene at en fylkeskommunal prosedyre hvor det ble fylt ut et standardisert skjema ved innsøking til institusjon. Igjen er det personopplysninger som står i fokus, også her i en lite spesifikk form, med sparsomme informasjoner omkring problembelastning og historikk. En del av informantene sier de tidligere har vært veldig fokusert på spørsmål av typen ”hva tar du/hvor mye/hvor ofte akkurat nå”, mens de var mindre opptatt av problemets utvikling. En informant forteller om grundig kartlegging og innarbeidete rutiner for både nettverkskartlegging og helsespørsmål, blant annet i form av kardex-registreringer – men helt uten å berøre rusrelaterte tema, heller ikke der det registreres et problematisk medikamentbruk. En av informantene bedømmer det som en åpenbar ulempe med ustrukturerte metoder at klienten i stor grad filtrerer informasjonen og at vektlegging av enkeltarena kan være svært personavhengig. Oppsummeringsvis må sies at det er store individuelle variasjoner saksbehandlere imellom, men at strategiene i stor grad har vært tilpasset den enkelte klient uten standardiserte prosedyrer.

Når det gjelder endringer i praksis knyttet til det nye verktøyet, forteller informantene typisk om fire hovedformer, hvor alle kan relateres til aspekter ved kvalitetsheving, i form av individuell tilrettelegging, brukermedvirkning og evidensbasert praksis:

- *Systematisering* av prosessen for informasjonsinnhenting
- Bedre *dokumentasjon* både kvalitativt og kvantitativt
- Styrking av *samarbeidet* internt og eksternt
- *Bevisstgjøring* hos klienten, i forhold til egensituasjonsforståelse

10.4 *Målrettet bruk av kartleggingsdata på klientnivå*

10.4.1 **Videre oppfølging**

Intervjuspørsmålet om oppfølging og tiltaksvalg er todelt (se vedlegg nr. 5a). *Videre oppfølging* kan sees i svært vid forstand, som all kontakt mellom saksbehandler og klient etter kartleggingen. *Valg av tiltak* sikter til konkrete målrettede aktiviteter som iverksettes, enten dette dreier seg om innsøking eller viderehenvisning til andre instanser eller avgrensede tiltak som ligger innenfor saksbehandlers ansvarsområde, det være seg urinkontroller, systematisk nettverksarbeid e.l. I intervjuet svarer alle informantene at de

tror oppfølgingen påvirkes av den nye kartleggingsmetodikken. Når de blir bedt om å konkretisere i hvilket omfang og på hvilken måte, er det større variasjoner mellom svarene. Imidlertid avviser de fleste kategorisk at klienter kartlagt med ADDIS blir tettere fulgt opp i etterkant enn andre klienter, med mindre det har framkommet opplysninger om problembelastning som tilsier behov for raskere hjelpetiltak.

Svært mange sier de bruker materialet, og da særlig symptomkurven, mye i det videre individuelle oppfølgingsarbeidet. Dette materialet danner ofte utgangspunkt for nye refleksjoner og assosiasjoner omkring problemutvikling og situasjonsforståelse hos klienten. Interessant nok synes det her ikke å være systematiske forskjeller i svarene fra saksbehandlere i sosialtjenesten og behandlere i mer terapeutiske virksomheter. Mange hevder at dette også øker motivasjonen for endring ved at problemene blir tydeliggjort, at det bidrar til å sette igang følelsesmessige og tankemessige prosesser som kommer opp igjen senere. Bruken av data fra intervjuet har naturligvis en viss sammenheng med virksomhetens ansvarsområde – om virksomheten jobber langsiktig og målrettet med forhistorie og problemutvikling, men her finner vi alle varianter innen både sosial- og behandlingssektoren. Flere sier at de merker seg spesielle svar mens de gjennomfører selve intervjuet, og så kommer tilbake til disse i seinere samtaler. Noen bruker andre deler av materialet på tilsvarende måte. Flere forteller at det ofte kan være klienten som selv tar initiativ til å ta fram igjen spørsmål fra intervjuet senere, noe som har satt igang refleksjonsprosesser i etterkant. Et par informanter nevner eksempler på at ADDIS-kartleggingen, både det mer grunnleggende vedrørende rus og screeningen på angst og depresjon, kan danne utgangspunkt for en individuell tiltaksplan, og på denne måten blir fanget opp og ansvaret kan plasseres hos rette instans i tiltaksapparatet.

Sammenliknet med rusenheten i Nordby, har oppfølgingsenheten i Østby noe mer langsiktig perspektiv på arbeidet, men også her er en sentral del av virksomheten innsøking til behandling. Her har man et mål om at alle klienter som søker LAR-tiltak skal ADDIS-kartlegges, men utover dette er kriteriene for slik kartlegging noe uklare. Ifølge mellomleder er bruksområdet for kartleggingsinformasjonen i større grad videre samtaler og motivasjonsarbeid, enn vedtak og formelle planer. At organiseringen i Østby på samme tid var helt nyetablert og man ennå ikke helt hadde fått etablert faste samarbeidsrutiner kan meget vel ha forsterket det noe avventende inntrykket. Samtidig understrekes det fra enhetsleder at informasjonen som kommer fram i ADDIS-intervjuene brukes svært mye i prosessen videre med den enkelte klient, altså mer som et klinisk hjelpemiddel enn som et saksbehandlingsverktøy. Med hensyn til matching og valg av

egnet tiltak er det særlig i en bestemt type saker instrumentet brukes helt systematisk, og det er ved utredning av søknader om legemiddelassistert rehabilitering, LAR.

Instrumentets detaljerte spesifisering i ulike substansgrupper skaper et tydelig bilde dersom blandingsmisbruken er så omfattende at denne typen tiltak erfaringsmessig er mindre hensiktsmessig. Instrumentet har altså i denne sammenhengen en klar sorteringsfunksjon, i tillegg til at det gir en trygghet for de ansatte å ha grundig underlag for denne typen beslutninger. Dette er ofte faglig sett vanskelige søknader å avslå, all den tid det dreier seg om svært marginaliserte klienter som det ofte ikke finnes mange alternative egnede tilbud til, og ikke sjelden står pårørende eller andre interessenter bak og øver vel så sterkt press som klienten for å få gjennomslag.

10.4.2 Matching

Selve ADDIS-prosedyren sikter inn på at kartleggingen skal konkludere med en anbefaling av tiltak, enten i form av en spesifikk institusjon eller mer generelt på nivå og metodikk. Imidlertid vil dette være avhengig av formålet med at kartleggingen ble igangsatt. Innen den norske sosialtjenesten er dette ikke alltid logisk saksgang, hvor samme ansatt ofte følger klienten over noe tid og virksomheten sitter med arkiverte kartleggingsdata til eventuell senere bruk. Der denne typen kartlegging gjøres av en ekstern spesialist som forøvrig ikke har noen kontinuitet i kontakten, vil saken stille seg annerledes.

Når det gjelder hvorvidt konkrete tiltak blir iverksatt på bakgrunn av intervjudata, tyder intervjuvarene på stor variasjon. I Østby viste det seg forøvrig at selve kartleggingsdataene etter et drøyt års bruk fram til mars 2004, ennå ikke hadde dannet direkte grunnlag for forvaltningsvedtak om oppfølgingstjenester eller behandlingstiltak. Med i betraktningen må tas at dette gjelder en periode preget av stor grad av usikkerhet omkring innlegges- og henvisningsprosedyrer som følge av den nyinnførte rusreformen, som trådte i kraft 01.01.04. For enkelte er det nok slik at anbefalingen mer betraktes som en del av opplæringen, enn som en reell tiltaksplan, i og med at tiltaksanbefaling er en integrert del av kartleggingen og tidsfrister har vært styrende for gjennomføringen. Noen nye momenter er også kommet inn med rusreformen, og enkelte av momentene vektet litt annerledes enn tidligere. Geografisk tilhørighet og avtaler om kjøp av plasser er ment å ha mindre betydning, men vil trolig først bli synlig etter en viss tid. Det nevnes også eksempler på at klienten selv har skiftet syn på hva som er mest

aktuelt, og enkelte tilfeller av at klienten har redusert konsumet på eget initiativ etter å ha sett kartleggingsresultatene. Det er flere som understreker at de aldri har opplevd å anbefale tiltak som de ikke ville kommet på uten ADDIS. Derimot blir kraften i anbefalingene sterkere når saksbehandleren føler seg sikrere i en eventuell argumentasjon. Dette kommer særlig tydelig fram der hvor ventetid er en faktor som spiller inn i forhold til vurdering av hensiktsmessighet – lengre ventetid til det foretrukne tiltaket oppgis av enkelte å ha mindre betydning enn det hadde tidligere, fordi man har fått et mer solid kunnskapsgrunnlag bak anbefalingen.

Etterundersøkelsens spørsmål angående systematisk bruk av kartleggingsdata til *matching* av klient til rett tiltak, har to dimensjoner: A) Tiltakets nivå, intensitet eller omfang og B) Innhold, metodikk og ideologi i behandlingsopplegget. Godt under halvparten av respondentene svarer bekreftende på spørsmål om hvorvidt kartleggingsdata benyttes systematisk som grunnlag for valg av tiltak henholdsvis med hensyn til A) nivå eller omfang (5 av 14) eller B) innhold i behandlingen (4 av 14). To svarer at disse spørsmålene ikke er aktuelle for deres virksomhet. Svarfordelingen synes overaskende, og det ble derfor også foretatt noen kontrollspørsmål pr. telefon for å kvalitetssikre forståelsen av spørsmålenes betydning. Det er heller ikke mulig å påpeke noen tydelig forskjell i bruksmønster, for eksempel mellom sosialtjenesten og behandlingsvirksomhetene, noe en kunne forventet i og med at sosialtjenesten forestår innsøkning og henvisning til videre behandling og svært ofte iverksetter andre typer tiltak. En ansatt i sosialtjenesten forteller noe resignert at det etter rusreformen ikke spiller noen rolle hva slags behandlingstiltak de anbefaler, fordi helseforetaket likevel gjør som de finner best. Her påpekes altså en klar negativ erfaring med at det overordnede juridiske ansvaret for å vurdere behandlingsbehov og tildele plass i behandlingsenhet, nå er flyttet til et statlig organ, men det minnes om at det finnes store regionale forskjeller og at organiseringen fortsatt er i støpeskjeen.

10.4.3 Bevisstgjøring

Begrepet *motivasjon* hos klientene vender stadig tilbake, uten at dette er brukt direkte i noen av spørsmålene. De ansatte forteller om utsagn fra klienten i form av refleksjoner og tanker om egen situasjon og egen rushistorie. Flere trekker en klar sammenheng mellom tydelighet i problembeskrivelsen og motivasjon for endring hos klienten, en av de ansatte formulerer det slik at hun tror det bidrar til ”å gi klientene også mer innsikt i hva de trenger”. Mange av informantene forteller at intervju spørsmålene og særlig

symptomkurven som legges fram i den første oppfølgingssamtalen har fått klienter til å se sitt liv i nytt lys, på den måten at det er en nær sammenheng mellom hvordan de ser sammenhenger i problemene og hva de ser av endringspotensiale for framtida.. Mange forteller om konkrete saker hvor de i oppfølgingssamtalen har kommet inn i en ny dialog omkring hva som har skjedd i bestemte perioder i livet, når antall nye symptomer har aksellerert eller flatet ut. Dette er da gjerne knyttet til traumatiske hendelser eller spesielle livshendelser, som f.eks. overgrep, barnefødsler, samliv og samlivsbrudd, jobb og skolegang. Erfaringene blir ofte behandlet mer inngående i flere samtaler senere, eller de kan danne grunnlag for videre henvisning til andrelinje og poliklinisk behandling. For mange kan det å se sine problemer så tydelig konkretisert på papiret være en tosidig opplevelse – avdekkingen kan være svært ubehagelig, samtidig som tydeligheten kan oppleves befriende. Ikke bare reduserer det muligheten for manipulering og skjevframstilling fra klientens side, men det synliggjør saksbehandlerens vurderings- og beslutningsgrunnlag. Et viktig moment her som mange trekker inn er det faktum at det er klientens egne svar som danner grunnlaget for bedømmelsen, som derigjennom får en helt annen gjennomslagskraft enn saksbehandlers mer eller mindre skjønnsmessige vurdering, der informasjonsgrunnlaget kan være uklart og ofte basert på sekundærkilder og eventuelt egne observasjoner.

En informant nevner spesielt fordeler knyttet til bevisstgjøring av klienter som sliter med et udokumentert medikamentproblem, i mange tilfeller initiert av helsevesenet ved regelmessig forskrivning av store mengder vanedannende medikamenter. En grundig dokumentasjon her kan være avgjørende både for at klienten skal kunne se nye sammenhenger i en problematisk livssituasjon og ikke minst for et samarbeid med pasientens fastlege omkring forskrivningspraksis.

Noen av saksbehandlerne har uttrykt en viss usikkerhet i forhold til at en såvidt dyptpløyende kartlegging kan bringe fram gamle traumer og vanskeligheter som de ikke selv har kompetanse til å følge opp. Særlig aktualiseres dette innenfor tema som oppvekst og overgrepserfaringer. Når enkelte regioner opererer med opptil ett års ventetid på poliklinisk rusbehandling, er det nærliggende å anta konsekvenser for kartleggingens form og innhold. For enkelte betyr dette at de holder seg strengt til skjemaets formelle spørsmål, andre spør noe mer utenom. I en viss grad ser dette ut til å ha sammenheng med den ansattes profesjonelle identitet og yrkesfaglige bakgrunn. En barnevernspedagog kommenterer for eksempel at dette er noe hun er mer opptatt av enn sine kollegaer, og at det nettopp kan ha sammenheng med forskjeller i utdanning.

Et betydningsfullt poeng i denne forbindelse, er en vanlig forekommende *fokusforskyvning* i arbeidet med de mest belastede klientene. Ofte har både klienter og hjelpere over lang tid hatt fokus på heroin eller andre av de tunge stoffene. De øvrige substansene, så som benzodiazepiner, alkohol og hasj, blir i mange tilfeller ubevisst bagatellisert av begge parter. Dermed kan en slik omfattende kartlegging ha bevisstgjørende effekter både for klient og helper. Systematikken i et strukturert intervju kan bidra til å balansere fokus, selv om dette nok også er et av punktene der det rapporteres størst uenighet mellom klient og saksbehandler: Mytene er sterke om at de tyngste stoffene er forbundet med de vanskeligste avrusningene, og når det er gjort skal de andre substansene nærmest forsvinne av seg selv. Kunnskapsmangler omkring medikamentavhengighet er utbredt, både blant misbrukere og behandlere. En kartlegging som konkluderer med en selvstendig benzodiazepin- eller alkoholavhengighet ved siden av for eksempel en erkjent opiatavhengighet, kommer derfor ofte både overraskende og kan være vanskelig å akseptere for klienten. En del av saksbehandlerne fremhever at ADDIS bidrar til å redusere diskusjoner med klienten ved at det er deres egen informasjon som registreres, og at de hele tiden gis mulighet til å korrigere tidligere avgitte svar. Den ansatte slipper dermed å innta rollen som detektiv for å avsløre en hemmelighet, og å argumentere med egne eller andres observasjoner og synspunkter med hensyn til problemenes alvorlighetsgrad. Således nevnes opplevelsen av at klientene i mindre grad bortforklarer og mindre attribuerer ved å plassere ansvaret utenfor seg selv: ”Og så hvis jeg sier at ’Jeg så deg jo ...’ så er jo det min vurdering av at han har et problem. Det blir noe annet når klienten får se det sjøl gjennom de svarene han har gitt, da kan han gjerne ha prøvd å lure meg på et par spørsmål, allikevel kommer det opp hvordan han har hatt det i livet sitt og hva det er som har skjedd og det blir tydelig for klienten på en helt, helt annen måte enn om jeg hadde gått inn og sagt at du er sånn og du er sånn og du er sånn”.

De mest belastede og *de psykisk dårligste klientene* har ofte oppgitt at de føler selve intervjuet som en stor belastning. Dette er da også de klientene som saksbehandlerne beskriver som tyngst å gjennomføre en tidkrevende kartlegging med, og mange har opplevd å måtte dele intervjuet over to dager. Flere av disse klientene har sagt til intervjuer at de opplever det forvirrende og ikke minst anstrengende at de samme spørsmålene gjentas for ulike stoffer. Til tross for dette har svært få av de påbegynte intervjuene ikke vært mulig eller hensiktsmessig å fullføre. En del flere har ikke møtt til

oppfølgingssamtalen innen ansattintervjuet mitt fant sted. Årsaker som oppgis for dette er for eksempel tunge rusperioder, flytting osv.

10.4.4 Utarbeidelse av individuelle målsetninger

Det tredje spørsmålet fra etterundersøkelsen om klientrettet bruk av kartleggingsdata, omhandler utarbeidelsen av *individuelle planer* i henhold til pasientrettighetsloven eller tilsvarende typer individuelle handlingsplaner eller arbeidsmål. Her tendensen enda tydeligere, idet kun 3 har svart positivt og hele 10 negativt, mens det var uaktuelt for 1. Bestemmelsen som regulerer retten til individuell plan i Pasientrettighetslovens §2-5 har eksistert noen år, men med mye usikkerhet knyttet til både innhold og ansvarsforhold. Riktignok er den korresponderende bestemmelsen i sosialtjenestelovens §4-3a av nyere dato, idet den trådte i kraft med rusreformen 01.01.04, og dette kan forklare en noe avventende holdning. Samtidig er det verd å minne om Sosialtjenetelovens §3-2 som regulerer sosialtjenestens koordinerende ansvar i arbeidet – selv om denne bestemmelsen nok kan sies å være såvidt rundt formulert at den ikke har hatt den ønskede praktiske betydning. Av de 3 som oppgir at de bruker kartleggingsdataene systematisk i slike planer, er 2 ansatte tilknyttet virksomheter som følger opp LAR-klienter, hvor slik plan er et inntakskriterium, og 1 er hjemmehørende innenfor langsiktig yrkesmessig rehabilitering og voksenopplæring.

10.4.5 Systematisering

Flere av saksbehandlerne trekker fram at ADDIS medfører tid og arbeid spart, i og med at kartleggingsprosessen blir mer målrettet, og konklusjon i form av problembedømmning og anbefaling av tiltak kan trekkes på et langt tidligere tidspunkt: ”Vi sparer masse arbeid, tidligere fomla vi mye i alle de første samtalene.” Mange har oppgitt at en klar ulempe med de tidligere ustrukturerte samtalene var at de tok for lang tid, noe som både dreier seg om tid medgått til selve kartleggingsarbeidet og tidsperspektivet fram til et tiltak kan iverksettes. *Kontinuiteten* i en slik prosess kan svekkes når kapasitetshensyn vanskeliggjør hyppige avtaler, eller at klienter i aktiv rus ikke alltid møter til avtaler. Naturlig nok sier derfor flere at graden av målrettethet i de tradisjonelle samtalene, kan være varierende. Når ADDIS-systematikken gir saksbehandler mer kontroll over hva som skal være *tema i samtalene*, bidrar dette til tydeliggjøring ved å konkretisere og spesifisere klientens problemer. En sier det slik at papirene fra intervjuet hjelper til å holde en ”rød tråd” i de påfølgende samtalene. Et par poengterer at dialogen som oppstår i intervjuet innebærer

mer enn kun den skrevne dokumentasjonen – illustrert ved at dokumentasjon fra intervjuer andre har foretatt ikke medfører det samme eierforhold som de kartleggingene en har gjort selv.

En stor del av saksbehandlerne sier samtidig at også en ADDIS-kartlegging er tidkrevende, særlig for de klientene som har brukt mange ulike stoffer. Noen direkte sammenlikning av samlet tidsbruk er vanskelig, i og med at dette varierer så mye fra sak til sak enten man bruker ADDIS eller tradisjonelle tilnærminger. Svarene tyder imidlertid på at det nå dreier seg om mye tid i et kort intensivt tidrom, mot tradisjonelt mindre tid spredt over en lengre periode. Ansattiformantene understreker dog at den strukturerte prosedyren oppleves anstrengende mens man holder på – av både saksbehandler og klient. I forlengelsen av tidsbruksspørsmålet, har flere antatt at metodikken medfører ressursbesparelser i form av *mer treffsikre tiltak*: ”Vi sparer inn mye på sikt, i stedet for å sette i verk mange tiltak etter hverandre.”

Enkelte ansatte forteller at systematikken er med på å gi styrke følelsen av å ta klienten på alvor og forholde seg seiøst til vedkommendes problem og hjelpebehov, at man virkelig gjør noe – underforstått annet enn å ”bare prate” om det, eller å bare prate om noe klienten opplever som irrelevante tema: ”De som har vært inne til samtale har vært positive til at endelig er det noen som spør om andre ting, ikke bare hva du har brukt pengene dine på. Det virka som om de var interessert i å fortelle litt mer, og gjerne mer enn de 75 spørsmålene.” Flere har nevnt at de føler en annen og befriende åpenhet i dialogen med klienten, særlig i og etter oppfølgingssamtalen. Når en først har fått en spesifikk situasjonsbeskrivelse på papiret oppstår ofte en lettelse og det er ikke lenger så maktpåliggende for klienten å skjule eller dekke over problemene. Tilsvarende kan den ansatte på sin side lettere ta opp vanskelige spørsmål fordi grunnlaget for samarbeidet er avklart: ”Den kontakten jeg har fått med klienten etter intervjuet den har vært veldig positiv. Når de først har blottlagt seg en gang så er det ikke så farlig neste gang”

Et vanlig argument som informantene bruker er at systematikken i spørreskjemaet bidrar til *helhet* i kartleggingen og dermed også i vurderingen. En ansatt sier at tilnærmingen blir mer helhetlig sammenliknet med tradisjonell saksbehandlerrolle, som er veldig fokusert på å ta en ting av gangen her og nå, på bekostning av helhetsperspektivet. For undertegnede synes helhetsargumentet overraskende all den tid ADDIS er et spesifikt ruskartleggingsinstrument, som ikke på noen måte tar sikte på en uttømmende redegjørelse av klientens totale livssituasjon. Det er derfor rimelig å anta at informantene har tenkt på en helhetlig *ruskartlegging*, og det er viktig å huske de ansattes perspektiv i

forhold til tidligere praksis. Argumentet om helhetlig perspektiv ville vært lettere å forstå dersom ruskartleggingen var satt inn i en systematikk i form av en meny av instrumenter eller en overordnet standard sosialrapport. Tvert imot synes dette i utpreget liten grad å være tilfellet, knapt noen har beskrevet en slik praksis. Dette spørsmålet vil derfor bli videre behandlet under virksomhetens strategiske bruk av informasjonen i punkt 10.5.

Informantene trekker forbindelseslinjer fra det de opplever som helhetlig til mange deler av arbeidet, både for saksbehandleren selv i form av tilfredshet med eget arbeid, for brukerens syn på egen situasjon og på samarbeid internt og eksternt i det videre arbeidet. Brukerne kan oppleve ny erkjennelse angående problematikkens alvorlighetsgrad, de kan oppdage at stofftyper de tidligere ikke har vektlagt spiller en større rolle, mange forbinder perioder i livet med særlig tungt misbruk eller aksellererende rusproblemer med andre problemer av sosial eller helsemessig art. Helt avgjørende sentralt her er koplingen til det neste punkttet; grundigheten i form og innhold gjør noe med refleksjonsnivået og med dialogen i prosessen.

10.4.6 Dokumentasjon

Her oppgir nesten alle at mer konkret informasjon er et stort pluss. Systematikken i intervju spørsmålene bidrar vanligvis til at klienten gir både *kvantitativt mer informasjon* og *kvalitativt mer presis informasjon* enn tidligere. De fleste ansatte forteller at intervjudataene har bekreftet og tydeliggjort det de selv har hatt en fornemmelse av tidligere, noe som naturligvis også vil være avhengig av hvor godt klienten er kjent fra før. Et par utypiske svar beskriver likevel noe uventede resultater med større belastninger enn antatt, men da fra relativt ukjente klienter. Hovedtendensen passer bedre med følgende sitat: ”Jeg synes det stemmer så godt den følelsen jeg har hatt og det som har kommet fram. Det er det å få det dokumentert på en måte. Så jeg har liksom ikke vært den veien og så plutselig gått den veien (gestikulerer).”

Et moment som vektlegges av en informant ansatt i behandlingsvirksomhet, er at en får et annet bilde av aktuell situasjon både med hensyn til eventuelle psykiske lidelser og rusproblematikk når klienten er rusfri over tid. Her nevnes likeledes faren for at svar avgitt under skjermede forhold kan innebære en større fare for *feilrapportering*, dersom regelbrudd medfører risiko for sanksjoner. I samme retning reflekterer en av saksbehandlerne som var ansatt i førstelinjen, over et kartleggingsoppdrag henvist fra barneverntjenesten, vedrørende en mulig omsorgsovertakelse. Innvendingene synes rimelige i situasjoner der en utfyllende dokumentasjon av problematikken innebærer

risiko for et betydelig tap for klienten. Imidlertid forteller begge disse ansatte om at de har sittet med en fornemmelse av noe som ikke stemmer når de har registrert svarene under intervjuet. Innvendingene understreker at analysen av svarene naturligvis må gjøres med faglig skjønn og at faren for feil i slike situasjoner sannsynligvis ikke ville ha vært mindre med åpne samtaler som metode.

10.4.7 Samarbeid internt og eksternt

En informant forteller om en sak hvor kartleggingsinformasjonen fra ADDIS ble framlagt i et samarbeidsmøte i forbindelse med innleggelse i behandlingsinstitusjon, noe som møtte svært positive reaksjoner fra institusjonens personale, da dette ble betraktet som et godt grunnlag for å starte behandlingsarbeidet.

Særlig i saker med kombinasjonen rus og psykiske problemer ser det ut til at et felles språk med forankring innen diagnosesystemene, kan bidra til å bedre samarbeidet. Flere nevner særlig disse sakene som eksempler på at samarbeidet settes på store prøver. Her kan det lett skje at man er uenige om både problemets karakter og omfang og derigjennom følger naturligvis vanskeligheter med å enes om hensiktsmessig tiltak.

Saksbehandlers egen trygghet og faglige sikkerhet er noe som trekkes fram av mange, selv om flere er usikre på om det er kartleggingenes kvalitet eller den indirekte effekten via deres økte trygghet som utgjør den viktigste forskjellen. Spesielt i forhold til konfliktsaker, enten vedrørende interne prioriteringer eller vis-a-vis samarbeidspartnere eksternt, er det flere som oppgir at dette gir dem ekstra styrke til å holde fast ved egne standpunkt: ”Når vi har diskusjoner så har jeg sterkere skyts videre opp i ledelsen i forhold til de valgene jeg har gjort, så ingen andre kommer inn og presser igjennom tiltak som jeg er helt uenig i ... kan hende det gjør at jeg har en annen type argumentasjon. Det gjør en forskjell, jeg er ikke så lett å vippe av pinnen i argumentasjonen ... merker det internt her på kontoret også, at dette her er det jeg som kan noe om ...” En annen ansatt forteller: ”I forbindelse med den andre klienten var det uenighet med Trygdekontoret som ikke ville gi noen stønad, de krevde behandling for rusproblemene først. Det viste seg at han ikke var avhengig og nå er han i attføring.”

10.5 *Strategisk bruk på virksomhetsnivå*

10.5.1 Videreutvikling av tjenestetilbudet

Etterundersøkelsen har to spørsmål knyttet spesifikt til bruk av kartleggingsdata på aggregert nivå: Hvorvidt samlet ADDIS-dokumentasjon om virksomhetens klientgruppe brukes som grunnlag for planlegging eller videreutvikling av tjenestetilbudet. En ansatt trekker her fram fordelene med at alle klientene stilles de samme spørsmålene, og påpeker at de mange klientene med liknende livssituasjon som oppgir nokså likelydende svar vedrørende barndom og ungdomstid, vil kunne danne grunnlag for felles samtalegrupper senere. Svarfordelingen her er imidlertid svært tydelig, idet kun en respondent har svart bekreftende på at kartleggingsdata benyttes til slikt utviklingsformål, hele 12 svarer nei, mens dette var uaktuelt for en som hadde byttet arbeidsgiver. Den eneste virksomheten som benytter data på en slik måte, er en lokalbasert oppfølgingstjeneste.

10.5.2 Ressursprioritering

Prioritering mellom klienter vedrørende tilgang til knappe ressurser i form av tiltaksmidler, er et annet av intervjusspørsmålene som berører en side ved virksomhetens bruk av kartleggingsdata på et mer overordnet plan enn i enkeltsaker. Spørsmålene er stilt før gjennomføring av rusreformen, og må således sees i lys av at kommunene på dette tidspunktet hadde ansvar for en egenandel av behandlingskostnadene ved døgnbehandling, som særlig for langvarige opphold kunne utgjøre en betydelig utgiftspost (månedlig kommunal egenandel kunne utgjøre en årlig utgift på nærmere 150 000,- for en innlagt klient). I tillegg kommer oppfølgingskostnader i sin alminnelighet, som personalressurs, reiseutgifter, utstyr, tannbehandling og liknende, som er uendret etter reformen. Intervjusvarene tyder på at den grundige kartleggingen bidrar til å lette sammenlikning og redusere personavhengige tilfeldigheter. En ansatt beskriver at det tidligere var mer utslagsgivende for prioriteringene hvilken saksbehandler som ”brandt mest” for sine klienter, mens det nå er lettere for andre å få innsyn i de bakenforliggende vurderingene.

10.6 *Ansattes tilfredshet*

Etterundersøkelsen gir ingen klar tendens på spørsmål om tilfredshet med faglig nettverk, mulighet til diskusjoner og brukerstøtte. 5 har svart at de er tilfredse, mens 8 har svart nei, en har ikke besvart spørsmålet. Imidlertid er det ingen helt entydige indikasjoner på hvilke ansatte som er tilfredse og ikke. Overraskende nok svarer alle de ansatte som har brukt instrumentet mer enn 11 ganger totalt, som dessuten alle er ansatt i behandlingsvirksomheter, negativt på spørsmålet om tilfredshet med brukerstøtte og nettverk. Heller ikke antall sertifiserte kollegaer på samme arbeidsplass gir noe systematiske utslag på tilfredhet med faglig nettverk og brukerstøtte. Når det gjelder brukshyppighet siste halvår, er alle kategorier representert blant de misfornøyde, mens ingen av de tilfredse er blant de hyppigste brukerne.

10.7 *Spredning, nyrekruttering og framtidsplaner*

På intervju spørsmål om de tenker å bruke ADDIS i framtidig kartleggingsarbeid, svarer samtlige informanter ja. Et overveldende flertall svarer et meget klart og entusiastisk ja. I de tilfellene der noe usikkerhet kan spores i svarene, går dette gjerne på rutiner og rammer for den framtidige bruken, så som hvor hyppig, overfor hvilken klienter, når i utredningsprosessen og liknende refleksjoner. Et par har litt forbehold knyttet til virksomhetens strategiske planer. Enkelte forteller at de får henvendelser fra kollegaer som ikke har vært borti ADDIS, om å gjøre en slik kartlegging også på ”deres” klienter. Et par sier veldig tydelig at de ønsker at flere av deres kollegaer blir sertifisert og noen ønsker det ble mer utbredt innen andre deler av hjelpeapparatet, som de regelmessig samarbeider med – her var det en som spesielt nevnte arbeidsmarkedsetaten.

Til tross for at informantene i intervjuene gir entydig positiv vurdering av instrumentet og samtlige gir bekreftende svar angående planer om framtidig bruk, gir svarene i etterundersøkelsen et ganske annet bilde: På spørsmålet om arbeidsplassen har *planer om å sertifisere* flere ansatte, svarer i oppfølgingsundersøkelsen bare 2 ja, mens hele 12 svarer at slike planer ikke foreligger. Et par har utdypet svarene med at det forelå en slik plan tidligere, men at tiden ikke strakk til, eller at invitasjoner om kurs har kommet for sent i forhold til arbeidssituasjonen. De to som svarer ja til at denne typen nyrekrutteringsplaner foreligger, kommer begge fra Nordby, hvor en som nevnt har hatt

lengst tradisjon for å organisere slike kurs, både før og etter dette prosjektet. De to er ansatt i henholdsvis en spesialisert oppfølgingstjeneste i sosialtjenesten og en psykiatrisk hjemmetjeneste. Forøvrig oppgir de begge at de ikke har brukt instrumentet det siste halvåret på grunn av nye arbeidsoppgaver. Med hensyn til både antall kollegaer som er sertifisert, tilfredshet med brukerstøtte og nettverk, samt med tanke på systematisk bruk svarer de to ulikt, men felles er at de begge har eksterne samarbeidspartnere som bruker instrumentet. Den tydelige tendensen i materialet til å ikke planlegge nyrekruttering kan tyde på at virksomhetene betrakter dette som en spesialistkompetanse for noen få ansatte, ikke som en integrert arbeidsform for hele virksomheten. En slik vurdering behøver ikke utelukkende være av faglig art, en bakenforliggende årsak til dette kan naturligvis være de store kostnadene knyttet til kursing i privat regi. De ansatte ved en kommunal virksomhet sa tydelig at de aldri ville fått godkjent opplæringen dersom denne måtte dekkes av kommunen selv. Tolkningen om spisskompetanse for enkeltansatte samsvarer godt med etterundersøkelsessvarene angående systematisk bruk både på individ- og aggregert nivå, som tilsier at kartleggingsdata i liten grad integreres i hele virksomheten, men forblir på samarbeidsnivå mellom klient og behandler/saksbehandler. Tatt i betraktning at flere av informantene peker på sårbarhet i det interne nettverket ved oppsigelser, stillingsbytter eller sykefravær, er det grunn til å stille spørsmål ved hvor få sertifiserte en arbeidsplass kan ha for at metodikken skal fungere hensiktsmessig over tid. (Schelling: Kritisk masse, Granovetter, Coleman).

Kapittel 11: Klienterfaringer

11.1 *Hovedlinjer i klientsvarene*

Det er særlig 4 av spørsmålene som er relevante for oppgavens problemstillinger, hvor noen er såvidt beslektet temamessig at jeg har valgt å beskrive dem under ett.

Hele ADDIS-kartleggingen kan sees i sammenheng med Prl. § 2-2 rett til vurdering, selv om den formelle delen av en slik vurdering nå skal skal gjøres i særskilt statlig instans underlagt et regionalt helseforetak, en instans med juridisk hjemmel til å ”tildele rettigheter”. I praksis innebærer dette å skille mellom rettighetspasienter og behovspasienter, altså de som har et rettskrav og de som ikke har det.

I min gjennomgang av lovverket bygger jeg på Aslak Syses kommentarverk til pasientrettighetsloven (Syse 2004). Syse uttaler forøvrig at arbeid med utarbeidelse av individuelle handlings- eller tiltaksplaner er et område hvor pasientmedvirkningen må tillegges særlig vekt, og da siktes til både den konkrete planutformingen, og alt forarbeidet for å beskrive aktuell status og vurdere hjelpebehov.

I all hovedsak må det oppsummeres at klientene beskriver en svært positiv innstilling til denne kartleggingsformen, til tross for at den markante strukturen for mange oppleves uvant. I tillegg kommer at intervjuet – særlig for de mest belastede klientenes del – både er relativt omfattende, tidkrevende og berører spørsmål av sensitiv karakter. Mer uformelle tilbakemeldinger fra de ansatte tyder også på at en svært liten andel avbryter intervjuet, dette vil oftest dreie seg om de psykisk aller sykeste. Videre rapporteres at en omtrent tilsvarende andel av de mest belastede blandingsmisbrukerne må dele intervjuet i to, da det hele blir svært tidskrevende som følge av alle stoffgruppene som skal utredes. I tillegg kommer at en del av disse mest avhengige klientene erfaringsmessig møter såvidt ruspåvirket at det forstyrrer intervjuet. Det understrekes likevel at dette gjelder en svært liten andel, mange gir uttrykk for bemerkelsesverdig liten, av denne tungt belastede klientgruppa.

I den følgende gjennomgangen relateres svarene fra klientundersøkelsen til de relevante lovbestemmelsene i pasientrettighetsloven. Svarene er avgitt på en skala fra 1-10, og oppgis kun som gjennomsnittsverdi, fordelingsdiagramme er gjengitt i vedlegget, se angitte figur.

11.2 *Opplevelse av respekt vs. krenkelse*

Se vedlegg nr. 6: (Del A, spørsmål 2, 3 og del B spørsmål 3), og figur 1 i vedlegg 7. Gjennomsnittsskåre er 9,8 for enig i opplevelsen av å være tatt på alvor og respektert, mens gjennomsnittsskåre er 1,1 for enig i å ha følt seg krenket eller overkjørt.

Syse kommenterer følgende i sakens anledning: ”Medvirkningsretten innebærer at pasienten gjøres til en ”samarbeidspartner” i relasjon til helsepersonellet. I tillegg til å være mottaker av helsehjelp, skal pasienten bidra til å sette premissene for både *hva* som skal gjøres og *på hvilken måte*” (Syse 2004:201). Jeg har her tatt utgangspunkt i at opplevelsen av å bli respektert og tatt på alvor kan være en god indikator for hvorvidt en klient opplever å bli behandlet som en reell samarbeidspartner. ADDIS-opplæringen

understreker betydningen av å forklare at det er *utelukkende klientens egen informasjon* som benyttes i analysen, selve ADDIS-prosedyren innebærer ingen som helst form for kryssjekk mot andre kilder. Flere av de ansatte sier i intervjuene at de derigjennom kommer ut av rollen som kontrollør, at kartlegging dermed blir noe helt annet enn en etterforskning hvor klientens synder og manipulasjoner skal avsløres. Klienten minnes dessuten om mulighet til å endre sin informasjon på et hvilket som helst punkt i prosessen. Der intervjuet inngår i en mer altomfattende kartlegging på arenaer som for eksempel nettverk, arbeid/utdanning, inntektsforhold, kriminalitet, omsorgsevne e.l. vil denne typen sekundærklider naturligvis ha en mer fremtredende plass i helheten.

Fordelingen i klientsvarene gir et såvidt entydig bilde, at det er rimelig å trekke den slutning at Pasientrettighetslovens § 3-1, 1.ledd om rett til medvirkning ved valg av undersøkelsesmetoder, må ansees godt ivaretatt.

11.3 *Opplevelse av bevisstgjøring vs. fremmedgjøring*

Se vedlegg nr. 6: (Del A, spørsmål 4 og 5), og figur 2 i vedlegg 7.

Gjennomsnittsskåre er 3,5 for enig i å ha følt seg fremmedgjort av for mye skjema, mens gjennomsnittsskåre er 6,0 for enig i opplevelsen av bli bevisstgjort.

Sammenliknet med spørsmålet knyttet til opplevd respekt, er det her en større spredning i klientsvarene. Gjennomsnittsskåre gir likevel såvidt et tyngdepunkt i retning av opplevelse av å bli bevisstgjort, samtidig ligger gjennomsnittsverdien for opplevelsen av å føle seg fremmedgjort godt under midtpunktet på skalaen. Om bevisstgjøring sees som uttrykk for innsikt i egen helsetilstand og opplevelse av fremmedgjorthet som manglende individuell tilpasning av informasjonens form, kan svarene gi et visst grunnlag for å hevde at Pasientrettighetsloven på dette området er moderat ivaretatt, med et *åpenbart forbedringspotensiale*. Særlig relevant her er § 3-2 om nødvendig informasjon for innsikt i egen helsetilstand, samt § 3-1 andre ledd og § 3-5 som begge omhandler tilpasning av informasjonens form til klientens individuelle forutsetninger.

Både opplæringen i ADDIS og den skriftlige manualen vektlegger at saksbehandleren både ved gjennomføringen av kartleggingsintervjuet, ved tilbakeføring av analyseresultatene til klienten og ved formidling av vurdering og anbefaling av videre tiltak, må sikre seg at klienten ikke opplever metoden eller måten den brukes på som et press på egne grenser. Dette vil være relevant både i forhold til intervjuenes praktiske

organisering som lengde, pauser o.l. og relatert til det innholdsmessige, for eksempel å gjøre avtale om å gå tilbake til spesielt emosjonelt sensitive spørsmål i en senere samtale.

Videre (s.st.) understrekes at saksbehandler skal sikre seg at klienten har *forstått innholdet* i kartleggingens vurdering, i tiltaksanbefalingen og eventuelle konsekvenser av resultatet. Dette kan for eksempel dreie seg om konkrete tiltak som tegner seg som svært aktuelle eller helt utelukket på bakgrunn av ny informasjon som er avdekket i kartleggingen. Konkrete eksempler er innsøkning til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) dersom det viser seg at klienten har et omfattende blandingsmisbruk, eller et poliklinisk opplegg der det viser seg at klienten har stor ustabilitet i det sosiale nettverket og i de materielle forhold.

11.4 *Forståelse av informasjon og vurderinger*

Se vedlegg nr. 6: (Del B, spørsmål 4, 5 og 6), og figur 3 i vedlegg 7.

Gjennomsnittsskåre er 8,7 for enig i å ha forstått innholdet og meningen med avhengighetskurven, tilsvarende er skåren henholdsvis 8,4 for den pedagogiske sjekklisten og 8,2 for vurderingen.

Det høye tyngdepunkt i disse tre svarfordelingene må samlet sett regnes som tydelige indikasjoner i retning at Pasientrettighetslovens § 3-5, 2. ledd om at helsepersonellet så langt mulig skal sikre seg at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av opplysningene, synes godt ivaretatt.

En saklig og velbegrunnet gjennomgang av den ferdig analyserte informasjonen som klienten har avgitt er viktig både for å sikre at betydningen er forstått, men kan også ha en betydelig terapeutisk effekt ved at klienten får eget materiale tilbake i ny form. Helt sentralt her er at det legges til minimalt av fortolkning, vurderingen skal logisk bygge på tydelige og godt synlige premisser i informasjon som er åpent og bevisst avgitt. Tilbakeføringen vektlegger en enkel og svært visuell utforming, som ytterligere understreker en klargjøring av bakgrunn for vurderingen av klientens problembelastning og eventuell anbefaling av tiltak.

11.5 Klienten støtter vurderinger og anbefalinger

Se vedlegg nr. 6: (Del B, spørsmål 8), og figur 4 i vedlegg 7.

Gjennomsnittsskåre er 8,7 for enig i å støtte vurderingen, tilsvarende er skåren 8,1 for å støtte de foreslåtte tiltakene.

Svarfordelingene gir igjen relativt sterke tegn på at klientene sier seg enig i utsagnene. Svarene kan kanskje synes noe overaskende for enkelte, i og med at klientene her ofte får et meget tydelig uttrykk for at vedkommendes rusbruk vurderes som alvorlig eller problematisk. For mange er dette første gang de stilles overfor en skriftlig formulering som krystallklart uttrykker deres avhengighetsstatus til ulike kjemiske substanser.

De mest relevante bestemmelsene i Pasientrettighetsloven relatert til dette spørsmålet, er § 2-4 om fritt valg av sykehus eller distriktpsykiatrisk senter (her oftest ruspoliklinikk) og § 3-1 om rett til medbestemmelse ved valg av behandlingsmetoder. Riktignok er det på dette stadium i utredningen kun tale om en anbefaling, da en eventuell beslutning om behandling først fattes etter at en uttalelse fra helseforetakets vurderende instans har bragt på det rene hvorvidt retten til behandling i henhold til vilkårene i § 2-1 er oppfylt. I den grad en reell pro & contra-gjennomgang er foretatt på dette stadiet, vil det være nærliggende å anse medbestemmelsesretten for å være godt ivaretatt på bakgrunn av klientenes svarfordeling.

DEL IV: ANALYSE

Kapittel 12: Implementeringen i lokalt perspektiv

12.1 *Lokale begrunnelser og forankring*

For å vurdere hvorvidt utfallet av implementering av ADDIS-metodikken kan sies å være vellykket i forhold til de formulerte målsetningene, skal vi her se kort på noen sentrale aspekter ifølge Vedungs redegjørelse av måloppnåelsesmodellen for evaluering. En vanskelighet med å anvende denne tilnærmingen her er at det finnes lite skriftlig materiale fra prosjektet, og perspektivet vil derfor underveis suppleres med elementer fra interessentmodellen og bieffektsmodellen (Vedung 1998). De tydelig formulerte målsetningene, hentes derfor hovedsakelig fra to kilder: Dokumenter i forbindelse med søknad om og tildeling av offentlige midler til selve opplæringen og de lokale målformuleringene som er redegjort for muntlig i lederintervjuene. Det skal her fokuseres på prosjektspesifikke målsetninger, all den tid rusreformens målsetninger ikke var en del av opplæringsprosjektets uttalte målsetninger, men er knyttet til i etterkant av forfatteren. Riktignok er reformen trukket inn som et argument i søknaden om tilskuddsmidler, men da i forbindelse med ny organisering og økt samarbeid mellom sosialsektoren og spesialisthelsetjenesten. Reformens kvalitetsmessige målformuleringer, som diskuteres senere i dette kapitlet, forelå ikke i skriftlig form på dette stadiet i prosessen. Kirke- undervisnings- og forskningsdepartementet fokuserer, i tråd med tildellingskriteriene for denne typen midler, på selve opplæringen av de ansatte, og kan således sies å ha et kortsiktig perspektiv knyttet til denne delen av prosjektet isolert sett. Tilsvarende fokuserer også fagutviklings- og mellomlederne ute i virksomhetene på sine lokale målsetninger om økt kompetanse i organisasjonen, men også på kvalitetsheving på tjenesteprodukt og –prosess, noe som er helt i tråd med den nasjonale satsningen beskrevet i strategidokumentet fra sosial- og helsedirektoratet (2005). Denne typen målformuleringer er åpenbart in i tiden. Imidlertid kan det stilles spørsmål om ikke virksomhetenes svake fokus på selve forankringen og implementeringen kan ha en sammenheng med at de sentrale tilskuddsmidlene ble ytt uten særskilte føringer eller målsetninger i denne anledning. VOX-midler tildeles til mange typer virksomheter, og det sentrale fokus er her å styrke faglig opplæring på arbeidsplassen. Fra sentralt hold var dette derfor mer å betrakte som et kompetansehevingsprosjekt for de ansatte enn som et

kvalitetsuviklingsprosjekt for virksomhetene, noe som kan tenkes å ha vært annerledes om midlene hadde vært ytt som del av et styrkingsprogram fra et av fagdepartementene. Sammenhengen mellom personalets økte kompetanse og organisasjonens faglige fungering ble ikke problematisert. Å innføre en strukturert metodikk, betyr ikke nødvendigvis at aktiviteten blir mer målrettet. Björkemarkens (1995) beskrivelse av en underliggende antakelse om organisasjoner som Weberianske idealbyråkratier og ikke som bestående av separate individuelle menneskelige viljer, synes treffende. Hvorvidt det skulle settes inn målrettede organisatoriske tiltak utover felles opplæring, ble således i sin helhet overlatt til den enkelte virksomhet, og uten at særskilte midler var avsatt til dette formål. I den ene virksomheten som allerede hadde et betydelig antall sertifiserte og der organisasjonen var gjennomsyret av en langsiktig strategi for anvendelsen av metodikken, ser dette ut til å ha fungert bra, mens flere av de andre virksomhetene som ikke kjente metodikken fra før, knapt har benyttet den siste halvår. Svenske erfaringer med tilsvarende implementeringsprosesser i sosialtjenesten (Nyström (red.) (2003)), konkluderer med at helhetlig integrering i virksomheten betinger at ledelsen er aktivt involvert i implementeringen, på samme måte som Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi (2005) vektlegger at kvalitetsarbeid er et lederansvar. Videre påpeker Nyström (Nyström m.fl. 2005:55ff) at implemeteringsutfallet påvirkes av i hvilken grad virksomheten har gjennomdrøftet visse temaer før prosessen igangsettes, så som hvilke klienter metodikken er aktuell i forhold til, hvilke ansatte som skal gjennomføre kartleggingene, anvendelsesområder for kartleggingsdata og ikke minst hvem som skal ha ansvar for hva. I flere av virksomhetene tyder materialet på at denne typen forankring i liten grad var tilstede, og variasjoner virksomhetene imellom tyder på at de virksomhetene som kom sist med hadde den klart dårligste forankringen. I de fire sosialtjenestene peker tendensen entydig i retning av at faren er størst for at bruken dør ut i de minst forpliktete virksomhetene, som ble invitert med for å fylle plassene i prosjektet. Tidsfaktoren fram til igangsetting kan således ha hatt betydning, men intervjumaterialet tyder ikke på at dette har vært utslagsgivende for motivasjon, forventninger og visjoner om framtidig bruk av metodikken hos de ansatte som deltok. Dessuten ville et planmessig forankringsarbeid for å sikre brukerstøtte og tilrettelegging av arbeidsprosessen ute i virksomhetene vært praktisk gjennomførbart i løpet av det halvåret opplæringen tok før prosjektet ble avsluttet, dersom det hadde vært avsatt ressurser til dette. I dokumentasjon fra svensk implementering av ASI-instrumentet (Oscarsson 2004, Lyly og Skoglund 2002, Nyström (red.) 2003, Järgeby 2004) bekrefter

de ansatte at de har et stort behov for veiledning og mulighet for diskusjon når de skal ta i bruk en ny metodikk. Likeledes understreker de betydningen av å ha interne ildsjeler som kan sikre framdrift i implementeringen og være bindeledd mellom de som bruker metodikken og ledelsen. Når bare i overkant av en tredel (5 av 14) av de ansatte svarer at de er fornøyde med det formelle og uformelle nettverket for brukerstøtte og veiledning, kan dette tolkes som om denne delen av arbeidet ikke var tilstrekkelig prioritert.

12.2 Bruksmessige variasjoner

Innledningsvis bør det sies at et av de mest slående trekk ved foreliggende datamateriale er de store variasjonene, med hensyn til *brukshyppighet og -mønster* for den nye metodikken. For det første er avstanden stor mellom de som bruker verktøyet mest og de som bruker det minst: 5 av de 14 som svarte på etterundersøkelsen har ikke brukt metodikken det siste halvåret, i tillegg er det grunn til å anta at dette gjelder så mye som 4 av de 5 som ikke har svart. 7 av de ansatte svarer at de har gjennomført mindre enn en kartlegging i måneden i samme periode. Altså finnes det blant de som svarte kun 2 av 14 som har gjort flere enn 1 kartlegging pr. måned det siste halvåret. Disse er ansatt i behandlingsrettet virksomhet, og har til sammenlikning gjort svært mange kartlegginger i perioden. For det andre viser materialet at både kartleggingsprosedyren og de framkomne kartleggingsdata integreres i den øvrige virksomheten på svært forskjellig vis, ved å settes inn i ulike *sammenheng* og benyttes til ulike *formål*. Flere virksomheter forteller om stor nytte av de detaljerte beskrivelsene for ulike substanskategorier når de vurderer søknader om legemiddelassistert rehabilitering. Utover dette er det et mindretall som benytter kartleggingen systematisk i forbindelse med matching av klient og tiltak, og omlag en tredel som benytter slike data til individuelle handlingsplaner. Dette representerer forskjeller som i og for seg var rimelig å forvente all den tid deltakerne ble rekruttert fra ulike typer virksomheter med ulike målgrupper og ansvarsområder. Slike forhold kan forklare forskjeller mellom ansatte i behandlingsenheter og ansatte i virksomheter som hovedsakelig driver med avklaringsoppgaver, forvaltning og langsiktig koordinering av rehabiliteringstiltak i vid forstand. Mindre opplagt er det derimot at forskjellene har vist seg å være såvidt store også mellom virksomheter med omtrent samme type oppgaver og klienter, som for eksempel enheter i sosialtjenesten med spesialisert ansvar for rusklinter.

Når de ansatte er spurt om tilfredshet med utnyttelsen av ADDIS-metodikken på sin arbeidsplass, skriver mange at de savner større grad av systematikk i bruken, enkelte påpeker også det de vurderer som for store forskjeller i bruksmønster mellom de enkelte ansatte. Mange ønsker seg flere sertifiserte kollegaer, og et par har nevnt at det ville ha vært nyttig med mer oversikt over klientgruppa.

Ingen av de ansatte har problematisert behovet for metodikken, anvendelsen av kartleggingsdata eller formålet med å gjennomføre slike detaljerte og relativt ressurskrevende kartlegginger. Det er bemerkelsesverdig at både ansatte med høy og lav bruksfrekvens er representert blant de tre ansatte som svarer at de er tilfredse med utnyttelsen på sin arbeidsplass. En mulig forklaring kan være at besittelse av denne kompetansen og/eller gjennomføringen av kartleggingsprosedyrene har latente funksjoner ved siden av den offisielle målsetningen om kvalitetsheving. (Merton 1968: Del III), dette diskuteres nærmere i punkt 14.5.

12.3 *Variasjoner i implementeringen*

Björkemarken (1995) framhever faktorer som organisasjonenes fungering og de ansattes innstilling, som betydningsfulle for utfall av implementeringer. De er nært forbundet med hverandre, og begge kan bidra til å forklare hvordan ADDIS-implementeringen fikk så forskjellige utfall i de ulike virksomhetene. Perspektivet kan settes i forbindelse med Lundqvists implementeringsmodell (1987) hvor han beskriver betydningen av hvorvidt de involverte er forberedt i betydningen å forstå, kunne og ville de endringer som intervensjonen innebærer. Aspektene er relevante på alle de fire organisasjonsnivåene som Vedung (1998) deler inn i : Myndigheter, mellomorganisasjon, grasrotbyråkrater og brukerperspektiv. En kombinasjon av de to modellene, vil i dette prosjektet kunne se slik ut:

	Forstå	Kunne	Ville
VOX	?	?	X
Fagutviklingsledere og mellomledere	?	?	X
Ansatte	?	X	X
Klienter	X	X	X

Etter Lundqvist (1987) og Vedung (1998).

Her er spørsmålstegnene satt inn for å visualisere en usikkerhet om hvorvidt instansen har hatt den nødvendige forutsetningene i den aktuelle dimensjonen, for å igangsette prosjektet. Det er grunn til å spørre om tildelingen av midler var basert på en forenklet forestilling og manglende *forståelse* omkring kompleksiteten i en slik implementeringsprosess. Tilsvarende kan forskjellen mellom de ansattes forventninger slik disse kommer til uttrykk i intervjuene, kontra bruksfrekvens og opplevelse av tilfredshet registrert i etterundersøkelsen, være et signal om at de ikke hadde full forståelse av hva som ville kreves på lang sikt. Dimensjonen å *kunne* henspiller på å ha ressursmessig evne til å gjennomføre det praktiske arbeidet i forbindelse med implementeringen, og her kan en stille spørsmål omkring kostnader og personalressurser knyttet til implementering og langsiktig vedlikehold av kompetansen, og ikke bare til selve opplæringen slik etterundersøkelsen kan tyde på at det var lagt opp til. Når alle nivåene tilsynelatende hadde viljen til å gå igang med prosjektet, er dette uttrykk for at entusiasmen både ved oppstart og etter opplæring var tilstede på alle plan, men tapte seg ettersom tiden gikk.

Selve opplæringsprosjektet hadde lite fokus på implementering. Riktignok forelå opprinnelig en idé om å etablere et permanent nettverk mellom deltakerne, noe som underveis ble skrinlagt som følge av at utarbeidelsen av den elektroniske versjonen av intervju- og analysemateriellet ble forsinket. Det ble altså overlatt til virksomhetslederne selv å vurdere hvilke tiltak som var nødvendige for å maksimere nytten av den nye metodikken i egen organisasjon, prosjektet innbefattet med andre ord bare den faglige opplæringen og ikke implementeringsperspektiv.

I henhold til Lundqvists implementeringsmodell kan det stilles spørsmål ved hvorvidt fagutviklingslederne hadde forståelse for betydningen av å innføre den nye metodikken, noe som henger nært sammen med de ansattes ressursmessige evne til å iverksette sin nye kompetanse. I lederintervjuene framheves særlig faktorer som kvalitet på tjenestene, foruten forskjellige personalpolitiske argumenter. Hvordan denne kvalitetshevingen skal operasjonaliseres og integreres i det øvrige arbeidet, synes imidlertid ofte noe ureflektert, da det ikke er like klart hvilken funksjon kartleggingsdata skal spille i det helhetlige arbeidet. At innføring av strukturerte kartleggingsmetoder medfører en kvalitetsheving på selve kartleggingsarbeidet synes hevet over tvil, noe som må sees som et godt fundament for det videre tiltaksarbeidet. Imidlertid er det vanskelig i det foreliggende materialet å se at dette gir systematiske kvalitetsforbedringer når en betrakter hele tiltakskjeden under ett. En nærliggende undring er hvorvidt

beslutningstakerne stilte seg spørsmålet om hvilken kompetanse virksomheten hadde behov for, og hvordan de eventuelt ville anvende. En betydelig andel av både de ansatte og lederne har kun vage svar når spørsmålene kommer inn på bruksområder for kartleggingsdata. Ett unntak finnes, i en virksomhet som hadde kjennskap til metodikken fra tidligere via sertifiserte ansatte. Både denne ene enheten og et par av de andre har dessuten til felles at metodikken planmessig tas i bruk i forbindelse med egnethetsvurderinger av klienter til legemiddelassistert rehabilitering. Flere av de ansatte i sosialtjenesten gir i etterundersøkelsen tydelig uttrykk for at de har en daglig arbeidssituasjon som ikke lar seg forene med å sette av samlet tid til en så strukturert arbeidsprosess. De ansatte selv påpeker at arbeidet krever et minstemål av ro og struktur, noe som særlig synes truet i situasjoner med vakanser i personalgruppa, samt flere omfattende kursopplegg og omorganiseringer i tett rekkefølge. Slutteffekten for de ansatte er dårlig kontroll med arbeidsoppgavene i forhold til for mange oppgaver og akutte henvendelser.

I tillegg til de organisatoriske hindringene, kan det stilles spørsmål ved de ansattes planer med kartleggingen. De virksomhetene som i etterundersøkelsen viser det hyppigste bruksmønsteret, er virksomheter med behandlingsfaglige oppgaver eller langsiktig oppfølging i form av motiverende samtaler, altså virksomheter med et klinisk bruksområde for informasjonen. Oppgaver preget av saksbehandlerfunksjoner, som koordinering gjennom individuelle planer, vedtak om behandlingstiltak osv. synes ikke i samme grad å være koplet til den nye informasjonen om klienten. Årsakene til dette kan være flere, for eksempel at i en presset situasjon vil en saksbehandler trolig måtte prioritere arbeidsoppgaver som gir synlig resultat, og ikke i samme omfang oppgaver som ikke kan måles. I en sosialtjeneste er vanligvis skriftlige vedtak den arbeidsoppgaven som tydeligst dokumenterer tjenesteproduksjon. jfr. grasrotbyråkraters tendens til å velge oppgaver som synes når ressursene er knappe (Vedung 1998).

Med hensyn til ressursprioriteringer på klientnivå, altså å rangere søkere til en tjeneste det er knapphet på, er det lite i materialet som tyder på at dette skulle være et ubredt bruksområde. En saksbehandler nevner under intervjuene dette som et behov virksomheten har og en mulig funksjon, særlig fordi lik metodikk gir mindre personavhengig og dermed mer sammenliknbar informasjon som prioriteringsgrunnlag. Ved oppfølgingsundersøkelsen er det ingen som benytter kartleggingsdata systematisk til et slikt formål, noe som igjen kan skyldes at reformen har gjort det mulig å prioritere alle søkere til spesialisthelsetjenester like høyt. Samtidig gir også svar fra intervjuene forut

for iverksetting av reformen, et inntrykk av at ingen prioriteres foran andre når det gjelder oppfølging generelt, noe som kan være et tegn på at sosialfaglig personell i utgangspunktet er lite villige til å rangere klienter som alle er sårbare og i en dårlig forfatning. Et annet moment er at det nye finansieringssystemet kan bidra til at en saksbehandler prioriterer statlig behandling som er kostnadsfri for kommunen, framfor omsorgstiltak som må finansieres med lokale midler.

12.4 *Ansattes erfaringer*

De ansatte som deltok i opplæringen er ikke spurt direkte om deres motivasjon for å delta. I intervjuene reflekterer de imidlertid over sine egne baseline-svar angående tilfredshet med tidligere kartleggingspraksis og forventninger til innføring av den nye metodikken. Gjennomgående peker de på tilfeldig tilnærming, manglende prosedyrer og viser ofte et lite gjennomtenkt forhold til hva de tidligere har gjort og hvorfor. Svarene peker på at framgangsmåter preget av klientsamtaler ble benyttet i alle sammenhenger, uavhengig av klientkarakteristika, aktuelt problembilde eller samarbeidsklima. De aller fleste formidler da også betydelig misnøye med tidligere praksis, når de nå har tilegnet seg den strukturerte ADDIS-prosedyren. Når deres svar i stor utstrekning peker på stor tilfredshet med aspekter som mer informasjon, mer spesifikk informasjon om rusmønster og problemutvikling, bedre beslutningsgrunnlag, tryggere yrkesrolle, bedre dialog med klienten, økt bevisstgjøring hos klienten, samt større grad av samsvar mellom den ansattes og klientens syn på problemvurderinger og anbefalte tiltak, må det være rimelig å oppsummere at opplæringen vurderes som vellykket av de ansatte. Når etterundersøkelsen dokumenterer at en betydelig andel av de ansatte har hatt en sterkt synkende frekvens i bruken av verktøyet etter opplæringen, og flere ansatte praktisk talt ikke har benyttet verktøyet i løpet av siste halvår forut for etterundersøkelsen, er det imidlertid påkrevet å se nærmere på i hvilken grad virksomhetene har integrert metodikken i det praktiske arbeidet. Svarene i etterundersøkelsen og i uformelle kontakter tyder ikke på at det er noen sterk sammenheng mellom den ansattes nyttevurdering av metodikken eller tilfredshet med kompetansen og den faktiske bruksfrekvensen. Følgelig må det være andre faktorer som er bestemmende for hvorvidt metodikken benyttes eller ikke. Det kan være nærliggende å frykte at kompetansen er sårbar og står i fare for å forvitne over tid, til tross for at den isolert sett vurderes som svært verdifull. Tilsvarende erfaringer fra Sverige (Lyly og Skoglund 2002, Oscarsson

2004, Nyström (red.) 2003, Nyström m.fl. 2005) undertreker behovet for en langsiktig satsning på nettverk og brukerstøtte, og dette er aspekter som synes særskilt betydningsfulle i de sammenhenger hvor tilgangen på aktuelle klienter gjør at metodikken blir relativt sjelden benyttet slik at ikke rutinemessig bruk i seg selv genererer mer kunnskap og erfaring.

Et relevant spørsmål kan være om de ansatte opplever en bieffekt i form av at økt kompetanse har gitt dem økt faglig trygghet og statusheving, og dermed er tilfreds med å inneha kompetansen uten at de nødvendigvis bruker verktøyet? En slik bieffekt av økt trygghet synes godt dokumentert, men forventningene til metodikkens funksjon som formidles i intervjuene og svarene fra etterundersøkelsen tyder ikke på at bruken nedprioriteres av den grunn: De ønsker alle at de kunne bruke metodikken mer enn de gjør. Det er snarere nærliggende å anta at en har en uklar formening om den konkrete formelle anvendelsen av kartleggingsdata, av hvem som skulle ha behov for informasjonen. Virksomhetene mangler i stor utstrekning noen som etterspør og verdsetter denne informasjonen, utover de ansatte selv i sin dialog med klienten. I en presset arbeidssituasjon der økonomisøknader står i kø, blir dermed dette kvalitative rusarbeidet, logisk nok, nedprioritert.

Kapittel 13: Ivaretagelse av brukerne

13.1 Klientenes opplevelser

Sett fra klientenes ståsted bør særlig to tydelige aspekter trekkes fram: Bruken av metodikken har, slik den her har vært gjennomført, i stor grad gitt klientene opplevelse av respekt og innflytelse, samt at prosedyren har gitt stort samsvar mellom klientens og den ansattes vurderinger av problematikk og hjelpebehov. Også tidligere dokumentasjon har påpekt at den største motstanden ikke finnes hos klientene, men hos de ansatte – og da tildels begrunnet med *forventet* motstand hos klientene. Funnene samsvarer godt med sammenliknbare erfaringer fra innføring av strukturerte kartleggingsmetoder, både fra implementering av ASI i Sverige og de foreløpige erfaringene med ASI i Norge (Grete Lauritzen på erfaringsseminar om bruk av ASI, ved Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved UiO, 18.10.04). De mest erfarne ASI-brukerne i Norge, har

benyttet det strukturerte intervjuet med nærmere i forbindelse med nytte-/kostnadsundersøkelsen, uttaler følgende ”Prosjektgruppas erfaring er at nesten alle klientene fant det meningsfylt med en såpass sinngående og strukturert samtale i forbindelse med inntaket til ny behandling.” (Melberg m.fl., 2003:32). Fra tilsvarende svensk implementering har Engström og Armelius (2004) i forbindelse med programmet ”Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten” oppsummert at klientene aksepterer ASI-intervjuet og oppfatter det som et positivt innslag i sosialtjenesten. Her svarte såvidt mange som 8 % i hans materiale at de følte seg krenket av metoden, men ingen av disse trodde imidlertid at dette ville ha noen negativ påvirkning på deres relasjon til sosialarbeideren eller deres generelle tillit til sosialtjenesten, så det kan være vanskelig å tolke hva de har ment med krenket. Han oppsummerer at materialet ikke gir noe grunnlag for sosialarbeidernes uro, og at faktisk klientenes vurderinger jevnt over er *mer positive enn de ansattes*.

13.2 Brukermedvirkning og individuell tilnærming

I et kortsiktig perspektiv, kan den strukturerte og intensive kartleggingsprosedyren i seg selv sies å innebære en individuell tilrettelegging av kartleggingen. At såvidt mye ressurser og tid settes inn på å registrere og systematisere individuell informasjon som beskriver særtrekk ved den aktuelle klient, styrker denne dimensjonen. Når så mange av klientene beskriver at de opplever prosessen bevisstgjørende, kan dette også tolkes som effekter av et individualisert fokus på hva som kjennetegner akkurat *den aktuelle klienten*, til forskjell fra andre klienter i samme situasjon. Tilsvarende er det rimelig å konkludere med at implementeringen har vært vellykket i lys av pasientrettighetslovens ambisjoner om medvirkning og delaktighet, når så stor andel av klientene beskriver både forståelse for og samsvar med den ansattes vurderinger og anbefalinger. Trolig er den store graden av transparens i dokumentasjonen og at alle vurderinger gjennomgående bygger på klientens egne data, helt avgjørende for denne effekten.

Hva som derimot kan problematiseres, er det langsiktige perspektivet på individuell tilnærming. Om en ser på Rusreformens og Pasientrettighetslovens intensjoner omkring individuelle handlingsplaner som et sentralt virkemiddel til å styrke det individuelle tilnærmingene på lang sikt, for klienter med sammensatte behov, vil resultatene bli langt mindre oppløftende. Av de 14 ansatte som besvarte etterundersøkelsen, finnes altså kun

to som bekrefter at kartleggingsdata brukes systematisk i denne typen arbeid, noe som gir tydelige signaler om et stort forbedringspotensiale.

Kvantitativt mer og kvalitativt bedre informasjon om klientens individuelle aktuelle problematikk og tidligere rushistorie bidrar i seg selv til en individuell tilnærming. Transparens i beslutningsgrunnlaget er trolig en faktor som i dette datamaterialet bidrar i avgjørende grad til samsvar mellom klientens og den ansattes vurderinger og syn på hensiktsmessig behandlingstiltak. På denne måten kan systematikken i selve intervjumetodikken og bearbeidingsprosedyren i seg selv invitere til brukermedvirkning i en annen grad enn tidligere kartleggingsmetoder, slik disse er beskrevet av de ansatte i base-line-undersøkelsen. Klientens innsyn i hvordan beslutningsgrunnlaget er framkommet på basis av hans egen informasjon og dernest i beslutningens premisser, kan også bidra til å kvalitetssikre sammenhengen mellom kartlegging av hjelpebehov og beslutningen om tiltak, eller med andre ord sammenhengen mellom premiss og konklusjon. Svensk dokumentasjon fra implementering av ASI i behandlingsarbeid (Oscarsson 2004, Lyly og Skoglund 2002) peker dessuten på at klientene blir langt mer delaktige i sin egen endringsprosess når deres egne data ligger til grunn for de individuelle behandlingsplanene. Funnet samsvarer godt med både klientenes egne og de ansattes beskrivelser av metodikkens bevisstgjørende potensiale.

13.3 *Pasientrettigheter og evidensbasert praksis*

Ett av de spørsmål som søkes besvart i studien, er hvorvidt den lokale kompetansestyrkingen samtidig kan sies å oppfylle regionale og/eller nasjonale målsetninger utformet i forbindelse med rusreformen. Et sentralt punkt her har vært individuell tilrettelegging av tiltak basert på kunnskaper om både *klientens særegne hjelpebehov* og om *tiltakets effekt* på tilsvarende klientgrupper. Spørsmålet vedrører på enkeltklientnivå 'matching', men handler samtidig på systemnivå om graden av evidensbasert praksis ved beslutninger om tiltak.

Etterundersøkelsen tok sikte på å fange opp graden av systematikk vedrørende bruk av kartleggingsdata for å matche klientens behov med tiltakets omfang eller nivå, og tilsvarende med tiltakets ideologi eller metodikk. Svarene kan tyde på at data i liten grad blir systematisk anvendt til dette formålet. Disse opplysningene bør imidlertid fortolkes med en viss forsiktighet. Uformelle samtaler med enkelte av de ansatte, kan tyde på at

bildet her er mer nyansert enn spørreskjemasvarene kan gi inntrykk av. For det første kan det tenkes at kartleggingsdata benyttes flittig ved beslutninger om tiltak, selv om dette ikke er satt i system. Når denne detaljerte klientinformasjonen først foreligger, ville det være bemerkelsesverdig om den overhodet ikke benyttes til det formålet som i de fleste sakene har vært viktigste begrunnelse for å initiere en slik grundig kartlegging – nemlig søknad om behandling. En mer nærliggende tolkning kan være at denne type klientdata ikke refereres formelt for eksempel i vedtak eller journalføres i andre sammenhenger – altså at informasjonen brukes, men ikke alltid bevisst og i liten grad i rutinisert form. Et annet moment er at med rusreformen er selve henvisnings- og innleggelsesrutinene omlagt, slik at kommunene ikke lenger fatter et formelt vedtak om selve behandlingen, all den tid denne ikke lenger forutsetter kommunale midler. Konkrete kommunale forvaltningsvedtak er derfor mest aktuelt for ulike oppfølgingstjenester og for omsorgsplasseringer som kommunen selv finansierer. Dette er faktorer som på ulike vis kan bidra til å gjøre bruken av kartleggingsdata i forvaltningsøyemed mindre tydelig enn forut for reformen. Tilsvarende er det selvsagt mulig at denne typen klientdata benyttes av helseforetakets vedtaksprosedyrer, når beslutning om behandling fattes.

Påpekes skal dessuten et par svært viktige unntak fra tendensen: Alle som vurderer klienter for innsøkning til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fremhever at ADDIS-informasjonen tillegges avgjørende vekt, og at den har stor betydning for å identifisere klienter med dårlig prognose innen et slikt rehabiliteringsopplegg. Utover dette bruksområdet er det en kommune som planlegger å benytte kartleggingsdata i forbindelse med boligtildeling, slik at en kan redusere faren for å plassere høyaktive rusmisbrukere og spesielt sårbare klienter i felles bommiljø.

Bestemmelsene om fritt sykehusvalg (Prl. § 2-4) og rett til medbestemmelse vedrørende valg av behandlingsmetoder (Prl. § 3-1) er i denne sektoren problematisk, all den tid det fra utreders side vil være nødvendig å spesisfisere både det kartlagte *behov for*, og klientens *ønsker om*, behandlingssted. Det vil være et spørsmål om ikke bare *tjenestens nivå*, men i kanskje vel så stor grad dens *kvalitative innhold*, med tanke på fagkompetanse, ideologisk ståsted og behandlingsmetodikk. Medbestemmelsesretten til valg av behandlingssted må derfor sammenholdes med retten til medbestemmelse ved valg av behandlingsmetoder, som er mer egnet til å regulere beslutninger i dette feltet. Syse (2004:201) skriver: ”Helsepersonellet har de beste kvalifikasjonene for å velge den best egnede metoden for hver enkelt pasient. Graden av likeverdighet mellom ulike behandlingstilbud er i mange tilfeller et vurderingsspørsmål.” Videre påpeker han (s.st.,

s.214) at rettigheten ”... innebærer imidlertid ikke at pasienten gis rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig.” En hensiktsmessig tilnærming til en slik beslutning vil derfor ofte være en form for forhandling, da all erfaring tyder på at en beslutning som både den kommunale sosialtjenesten i kraft av koordinerende instans, og klienten selv begge har tro på, har avgjørende betydning for behandlingsutfallet. At subjektive og personavhengige faktorer er vel så avgjørende som objektiv metodikk, er velkjent fra psykoterapiforskningen (Hubble, 1999). En beslutning fattet klart i motstrid til klientens overbevisning, vil neppe avstedkomme noe godt behandlingsresultat og er definitivt ikke rasjonell bruk av offentlige ressurser. I hvilken grad det reelt skal være opp til klienten å velge behandlingsenhet, har siden loven kom vært gjenstand for ulike tolkninger, all den tid vi her står overfor en usedvanlig mangfoldig tiltaksflora, som på ingen måte kan likestilles med forholdene for somatiske tjenester. Bestemmelsen får da også en helt annen betydning, enn primært å skulle styre pasientflyten dit tjenestene har høyest kvalitet og kortest ventetid. For langtids døgnplasseringer vil dessuten behandlingsstedets geografiske beliggenhet vil være avgjørende for både klientens mulighet for kontakt med sitt nettverk, ønsket som uønsket, og kommunens mulighet til å utøve sitt langsiktige oppfølgingsansvar. Problemet aktualiseres i særlig sårbare faser som før utskrivning, når ettervernsopplegg skal planlegges i hjemkommunen.

Kapittel 14: Organisatoriske faktorer

14.1 *Organisering av ansvar for tjenester*

Rusreformen og forut for den, sykehusreformen, kan betraktes som uttrykk for ideologiske skiftninger i klimaet for administrativ ideologi. Trenden i retning markedslogikk har allerede lenge kunnet observeres i andre deler av samfunnet, dernest i offentlig sektor generelt og nå også innen helse- og sosialsektoren. I denne situasjonen kan det synes relevant, i henhold til Webers rasjonalitetstypologi, å hevde at det gamle ledelses- og styringspradigmet i sektoren var preget av verdirasjonell tilnærming mens dagens foretaksorganisering inspirert av såkalt New Public Management har mer til felles med formålsrasjonaliteten. Når ledere for virksomheter innen sektoren, som tidligere rutinemessig ble rekruttert blant egne fagprofesjoner, nå erstattes av folk med økonomisk

og ledelsesfaglig innfallsvinkel, ville det være bemerkelsesverdig om ikke noe endres i prioriteringer og styringsmekanismer. Hvilket vel også har vært den primære hensikt med omleggingen fra den tradisjonelle forvaltningsorganiseringen. Bedre kontroll med et eksplosivt voksende helse- og sosialbudsjett var nettopp en av de viktigste politiske begrunnelsene for å endre organiseringen og ledelsesstrukturen. Omleggingen kan meget vel vise seg å være hensiktsmessig og at en vinner mer enn en taper. Imidlertid er det viktig å ikke tape helt av syne de verdier som umiddelbart kan synes å ha blitt svekket med reformen: Det sosiale arbeidets verddifundament bygget over solidaritet, empati og en politisk stillingtagen til å motarbeide sosial ekskludering og marginalisering (Kokkinn 2005).

Med de nye bestemmelsene i pasientrettighetsloven innføres også et for denne sektoren nytt og lite påaktet skille mellom utredning for forvaltningsmessige formål og utredning for kliniske formål. Formålet med en kartleggings- og utredningsprosess i det første tilfellet vil gjerne være knyttet til å oppfylle klientens rett til vurdering i henhold til Prl. § 2-2 av sin helsetilstand og å avgjøre om en vedkommende fyller vilkårene for rett til behandling i form av ”nødvendig helsehjelp” i henhold til Prl. § 2-1. Om formålet derimot er klinisk, for eksempel å stille en diagnose eller foreta mer konkrete detaljerte valg av behandlingsform og –varighet, må utredningen arte seg temmelig annerledes, noe som nødvendigvis også gir konsekvenser for utrederens kompetansebehov. I en slik sammenheng vil det dessuten være et mye mindre entydig skille mellom kartleggingen og den egentlige behandlingen. Tydeligst kommer dette kanskje til uttrykk i forbindelse med temaer som knytter seg til avdekking, reformulering, ambivalens og endringsmotivasjon - velkjent for enhver behandler som en vedvarende del av all rusbehandling, og på ingen måte noe som kan betraktes som et tilbakelagt stadium i en tidlig kartleggingsfase. Særlig relevant blir slike spørsmål innenfor forståelsesmodeller som Stages of Change (Proschaska og DiClemente 1992) og metoder som Motivational interwiewing (Barth, Børtveit og Prescott 2001) og Bygging av mestringsstillit (Brumoen 2000).

Kommunen vil uansett sitte med ansvaret for de såkalte omsorgsoppgavene. Dette er for såvidt ikke noe nytt som kom med rusreformen, men skillet mellom de økonomiske konsekvensene ved bruk av omsorg og behandling ble forsterket i og med at den kommunale egenbetaling for bruk av behandlingsplasser på fylkeskommunal plan (nå statlige institusjoner for spesialisthelsetjenester) ble fjernet, og differansen til de helt egenfinansierte omsorgstiltakene følgelig er blitt enda større. Sagt på en annen måte er altså omsorgstiltakene blitt relativt sett mye dyrere for kommunen. Hvor går grensen

mellom behandlingsbehov og omsorgsbehov? Hvor går grensen mellom behandling og omsorg? Et naturgitt skille finnes knapt i denne feltet og gråsonene er store og mange. Idag må svaret gis i forvaltningsmessige termer. Ved *behov for medisinsk kompetanse* står det relativt entydig å lese i de offisielle reformdokumentene (Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)) i et forsøk på å trekke en skillelinje mellom spesialisert avrusning og sosial opptørkning. Dette er kanskje et relativt overkommelig skille innen akuttsektoren, men etter de første dagene eller ukene blir det hele gradvis mer komplisert. Med unntak for den riktignok betydelige andelen av misbrukerne med en klart uttalt dobbeltdiagnoseproblematikk eller somatiske tilleggslidelser, er det temmelig kompliserte vurderinger knyttet til å avgjøre hvilke grupper som er i behov av medisinsk spesialistbehandling på døgnbasis for sitt misbruk. Hvem trenger skjerming og oppfølging på døgnbasis, men ikke nødvendigvis av helsepersonell? Har vurderingsinstansene tilstrekkelig kompetanse (kartlegging, utredning, matching og saksbehandling inkludert klageadgang), uavhengighet (de er som kjent del av helseforetakene) og ikke minst klare nok kriterier i sitt arbeid med å skille mellom *behov for nødvendig helsehjelp* og *nødvendig omsorgsbehov* i et så ideologisk preget minefelt som rusfeltet? Konsekvensene for klienten kan i visse tilfeller bli store, all den tid han under et tiltak hjemlet i den kommunale sosialtjenesten ikke vil ha pasielrettigheter, med mindre tjenesten utføres av helsepersonell. Gråsonene er altså mange, og Syse (2004:80) påpeker da også at det kan være noe "tilfeldig" hvilken lovgivning som regulerer et tjenestetilbud til en gitt målgruppe. Står vi i fare for at terskelen for hva som betraktes som spesialisthelsetjeneste (dvs. statlig ansvar) og hva som betraktes som en form for spesialisert omsorgstjeneste (dvs. kommunalt ansvar) forskyves etterhvert som de gamle fylkeskommunale driftsavtalene som ble overtatt i sin daværende form av de regionale helseforetakene utgår og reforhandles? Hva skjer etterhvert som det foretakslogiske styringsprinsipp griper om seg og det ikke i tilstrekkelig grad og med den foreskrevne vitenskapelige stringens kan dokumenteres sannsynlighetsovervekt for at 18 måneder på et sosialpedagogisk kollektiv gir bedre utfall for den aktuelle klient enn 8 ukers 12-trinnsbehandling? Nokså åpenbart er det i alle fall at kommunale henvisningsinstanser og de statlige helseforetakenes vurderingsinstanser vil ha motstridende interesser og at slikt i historiens løp sjelden har vist seg å være et godt utgangspunkt for bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Faren ligger snublende nær for at vi kan komme til å oppleve negative følger av kombinasjon av den forretningsøkonomiske styringsmodellen i helseforetakene og press for å redusere ventetid til somatiske og psykiatriske tjenester

som oftest tilbys mer ”verdige trengende” som det er mindre politisk kontroversielt å bruke mye ressurser på. I alle fall kan vi konkludere at problemstillingen knapt er av utelukkende faglig karakter, her vil ideologiske avgrensninger av typen sykdom eller viljestyrkeproblem komme inn med full tyngde. En tilspissing av helseforetakenes økonomiske rammebetingelser, som inntil nå har fungert i en slags myk overgangsfase av massive tilleggssbevilgninger, kombinert med nye ideologiske trender i rusfeltet, kan komme til å utgjøre et betydelig paradigmeskift i feltet.

14.2 *Hvilke mekanismer eller sammenhenger?*

Klientene er i all hovedsak fornøyde med metodikken og de ansattes bruk av den. De ansatte er i all hovedsak svært tilfredse med selve metodikken og det de opplever som en kvalitetsheving på sitt arbeid, som har fulgt i kjølvannet av de nye metodene og prosedyrene. De ansatte knytter denne tilfredsheten både til egen arbeidssituasjon, til klientenes erkjennelsesprosess og til virksomhetens ressursutnyttelse som helhet. Hvorfor er det da en så betydelig andel av de som deltok i opplæringen som bruker metodikken såvidt sjelden i praksis? Er det fellestrekk ved de virksomhetene som bruker metodikken mest og minst? Finnes det mønstre i hvilke ansatte som er mest respektive minst tilfredse, og i hvordan de som beskriver sin praksis eller virksomheten de jobber i? Hvilke faktorer bidrar til å hemme eller fremme bruk og spredning av metodikken? I dette komplekse feltet finnes flere mulige forklaringer. Vi skal se nærmere på noen mulige sammenhenger – noen på individnivå og noen på systemnivå, noen internt i den enkelte virksomheten og andre knyttet til faktorer i omgivelsene:

Når en sammenlikner deltakere fra sosialtjenestene, og ser på virksomheter som har integrert metodikken kontra virksomheter hvor metodikken viser tegn til å dø ut, kan dette se ut til å ha sammenheng med særlig tre typer mekanismer: 1. Ressusmessige forhold som styrer de ansattes arbeidssituasjon, 2. Faktorer knyttet til *målgruppa* og virksomhetens ansvarsområde og 3. Langsiktig ledelsesmessig strategi for vedlikehold av kompetansen. Den første kategorien dreier seg dels om for få ansatte i forhold til mengden arbeidsoppgaver, noe som blir særlig synlig i perioder med sykefravær, utdanningsfravær og andre vakanser. Nært knyttet til dette er likeledes de mange ansatte som opplever et stort press på målbar tjenesteproduksjon i form av vedtak i hastesaker som gjelder lovpålagte økonomiske ytelser. Den neste kategorien omhandler det faktum at flere av virksomhetenes primære ansvarsområde er slik at de ikke har en særlig

omfattende eller jevn tilgang på aktuelle klienter for en så detaljert kartlegging, og resultatet blir at de sertifiserte får tilsvarende liten kontinuitet i bruken. Den siste kategorien dreier seg om at kun en av de fire involverte sosialtjenestene har en langsiktig strategi for erstatning av kompetansen når medarbeidere slutter eller går over i andre stillinger, og tilsvarende gjelder planer for nyrekruttering eller utvidelse av kompetansen generelt.

I det begrensede utvalget denne studien har tatt for seg, kan årakene til forskjeller og skjevheter være mange, men det finnes en svært tydelig tendens at det er de ansatte med kliniske funksjoner som hyppigst bruker metodikken. De ansatte fra sosialsektoren som er de hyppigste brukerne, er ansatte med langsiktige oppfølgingsoppgaver, mens de som har falt helt ut, er generalistorganiserte med mange andre presserende arbeidsoppgaver i tillegg til rusfaglig arbeid. Noen få virksomheter bruker metodikken svært sporadisk, og dette er da ofte forbundet med antallet aktuelle klienter. Den enkelte ansattes engasjement og motivasjon ser ikke ut til å være avhengig av virksomhetens primære ansvarsområde. Særlig i oppstartfasen var engasjement og motivasjon på topp, og svært mange ansatte uttrykte stolthet over ny og håndfast kompetanse, som styrket dem i deres yrkesrolle, noe intervjuene viste med all tydelighet. Når imidlertid denne typen prosessrettede arbeidsoppgaver skal konkurrere med lovpålagte oppgaver, nedprioriteres ofte de mer diffuse langsiktige endringsprosessene. Endel implementeringsteorier framhever at grasrotbyråkrater (her brukt om de ansatte) tenderer til å prioritere oversiktlige og enkle arbeidsoppgaver som gir raske og synlige resultater framfor langsiktige og komplekse, når de subjektivt opplever ressursituasjonen presset (Vedung 1998:186). Tverrsnittundersøkelsen fra SINTEF konkluderte dessuten med at klienter som henvender seg til sosialtjenesten oftest får hjelp, men ikke nødvendigvis den hjelp som en behovsvurdering skulle tilsi (Gundersen m.fl.2004). Iverksetting av tiltak ser altså ut til å være det viktigste produktet av den tradisjonelle sosialtjenestens virksomhet, til forskjell fra de langsiktige spesialiserte sosialenhetene og de kliniske tiltakene, har derimot endringsarbeid som sitt viktigste arbeidsområde, og derfor en helt annen legitimitet for å prioritere tidsbruk på denne typen oppgaver.

I tråd med Vedungs implementeringsanalyse på 4 interessentnivåer, kombinert med Lundqvists tre aspekter av forutsetninger ved aktørene, kan det stilles spørsmål ved om de to øverste ledelsesnivåene hadde den nødvendige forståelse for de faglige og organisatoriske krav implementeringen ville stille og likeledes om virksomhetene egentlig hadde ressursmessig evne til å håndtere en såvidt omfattende metodisk reform. Det er

grunn til å spørre seg om virksomhetene overhodet ville ha reflektert over en slik metodikksatsning om de ikke var blitt invitert med til en praktisk talt kostnadsfri deltakelse. Unntak skal rimeligvis gjøres for den ene kommunen som var initiativtaker til prosjektet, da denne hadde sertifiserte ansatte fra tidligere kurs og som også i ettertid har fulgt opp denne langsiktige strategien. Viljen til deltakelse var derimot positivt tilstede i fullt monn på alle nivåer, inkludert de ansatte og brukerne.

En evaluering etter bieffektsmodellen (Vedung 1997) vil kunne konkludere med at det har fulgt betydelige effekter med opplæringsprosjektet som ikke på forhånd var tilsiktet eller klart formulert som målsetninger. Mest framtrædende er de personalpolitiske faktorene, eksempelvis at de ansatte ved siden av den tekniske kunnskapen og ferdighetene i bruk av metodikken, oppgir at de føler seg tryggere i sin yrkesutøvelse overfor både klienter og samarbeidspartnere økt tilfredshet med eget arbeid og bedret samarbeidsgrunnlag både internt og eksternt, som følge av felles forståelse omkring klientenes problemer. Svært mange av deltakerne gir uoppfordret uttrykk for at de føler seg stolte av den nye kompetansen, de har fått større tilfredshet i arbeidet. Det er imidlertid ikke åpenbart at disse skal kategoriseres som utilsiktede effekter, da det kan hevdes at dette i noen av virksomhetene var en av målsetningene fra ledelsens side, selv om det ikke var uttalt fra offentlig bevilgende myndighet.

14.3 *Helhetlig eller russpesifikk kartlegging?*

I forbindelse med innsøkning til behandlingstiltak skriver sosialkonsulenten ikke sjelden en sosialrapport, som er tiltenkt å gi et helhetlig overblikk over klientens situasjon, gjerne med aspekter som yrkesmessig status, nettverk, ressurser på ulike områder eller liknende alt etter rapportens formål. I intervjuene har det vært stilt et spørsmål om andre livsområder som regelmessig utredes, i tillegg til rus. Den bakenforliggende interessen for dette spørsmålet har vært hvilken helhetlig kartleggingssammenheng selve ADDIS-intervjuprosedyren settes inn i, for eksempel hvorvidt gamle rutiner for generelle og brede sosialfaglige utredninger beholdes eller om ADDIS erstatter tidligere kartleggingsformer, om virksomheten har særlige informasjonsbehov som rutinemessig kartlegges i tillegg til den svært spesifikke ruskartleggingen i ADDIS. De aller fleste ansatte har ved intervjuene kun gjennomført de påkrevde 4 opplæringskartleggingene. Flere påpeker at de rimelig nok har konsentrert seg om å bli fortrolige med metodikken og derfor ikke har

tenkt så mye på mulige tilpasninger eller tilføyelser. Instruksene fra kursleder har da også vært å følge intervjukjemaet punktlig for å unngå digresjoner. Det oppgis imidlertid ulike begrunnelser til dette, som for eksempel tidsfaktoren, å holde fokus, å unngå diskusjoner, å følge instruksene. Mer overraskende var det derimot at de ansatte tilsynelatende i så liten grad hadde reflektert over formålet med slik intensiv kartlegging og bruksområder for informasjonen. Nye metoder diskuteres erfaringsmessig mer i forbindelse med innføring, enn når de er grundig integrert i virksomheten og alle er fortrolige med den nye formen – noe som også er inntrykket som rapporteres fra kurssamlingene. Noe av forklaringen kan ligge i at selv om opplæringsintervjuene gjøres på helt ordinær måte, kan formålet være noe annerledes enn kartlegginger gjort etter sertifisering. For eksempel kan ett av utvelgelseskriteriene være at saken har en passende kompleksitet i forhold til opplæringens progresjon, og det kan være avgjørende for framdriften at klienten vurderes som rimelig pålitelig når det gjelder å møte til avtaler. Når intervjuvarene etterlater et inntrykk av at mange av de ansatte i denne fasen har vært mer opptatt av å tilegne seg metodikken, enn av formålet med kartleggingen og videre bruk av innsamlete data, kan dette ha en sammenheng med selve opplæringsformålet. Oppsummeringsvis kan sies at spørsmålet ikke har fungert godt, og at temaet har vært vanskelig å tydeliggjøre overfor informantene. Svarene har derfor ofte vært i form av responser eksemplert fra intervjuer, for å konkretisere spørsmålet, noe en kan oppfatte som et tegn på at temaet i liten grad har vært gjennomtenkt på forhånd. Når det gjelder neste oppfølgingssamtale, er det imidlertid flere som sier at de har gått videre på enkelte tema, uten at det er særskilte tema som går igjen oftere enn andre. Med et unntak for barndom, som nevnes av flere, sprer temaene seg på økonomi, arbeidserfaring, skolevansker, relasjoner og nettverk, misbruk blant pårørende, tidligere kriser og traumer som har vært omtalt i selve intervjuet eller liknende. Ingen har nevnt tema omkring forholdet til politi og påtalemyndighet.

Noen svært få av informantene forteller at de har andre kartleggingssystemer innarbeidet som ivaretar behovet for øvrig informasjon, så som skolegang, økonomi, ressurser og nettverk etc. noe som naturligvis er avhengig av virksomhetens primære funksjon. Imidlertid kan ingen av informantene sies å ha formidlet refleksjoner over samspillet mellom ADDIS og andre mer tradisjonelle metoder for informasjonsinnhenting.

14.4 *Ny metodikk i eksisterende rutiner*

Siw Nyström understreker at hvilken funksjon virksomhetene tillegger metodikken, er av avgjørende betydning for ivaretagelsen av kompetansen (innlegg på erfaringskonferanse om ASI på Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, 18.10.04). Hun påpeker videre at for mange sosialarbeidere er det å skille kartlegging av hjelpebehov og det egentlige hjelpetiltaket, en uvant tilnærming. Det vil derfor kreve en mental omstilling å satse ressurser på å integrere en strukturerende kartleggingsmetodikk som i seg selv ikke er tilsiktet å avhjelpe et behov, men utgjør et forberedende virkemiddel til senere å kunne sette inn et mest mulig hensiktsmessig hjelpetiltak. Dette kan bidra til å forklare forskjellen i brukshyppighet mellom generalistorganiserte enheter i sosialsektoren og mer langsiktige eller behandlingsrettede. Der motivasjonsarbeid og atferdsendring er virksomhetens primære produkt og effektivitet ikke måles i annet enn samtaletid, er rommet større for å prioritere en så detaljert diagnostisk metodikk, som krever at en bruker mye tid sammen med klienten over et relativt kort tidsrom. Mange generalistorganiserte sosialkontorer er så presset på ressurser at en søknad om en økonomisk ytelse må ansees som en obligatorisk inngangsbillett til en samtale med saksbehandler. Til tross for at saksbehandler vurderer behovet for mer komplekst enn som så, besvares mange av disse henvendelsene med hjelpetiltaket ”råd og veiledning” (Gundersen m.fl. 2004). I de undersøkte virksomhetene kan mye tyde på at ny metodikk innpasses i den eksisterende, og slik sett mer kommer i tillegg til gamle virkemidler enn egentlig å erstatte dem, selv om det også her finnes visse lokale variasjoner: Den enheten som hadde den mest offensive og langsiktige strategien overfor ADDIS, syntes samtidig å være den virksomheten som i størst grad organiserte sin klientrettede aktivitet omkring bruken av kartleggingsverktøyet. Denne enheten hadde blant annet planer som innbefattet sertifisering av samtlige ansatte, inkludert nyansatte. Her kan det med andre ord være grunnlag for å hevde at den nye metodikken hadde fått en strukturerende funksjon i virksomheten. Tendensen er også et uttrykk for en opplevd mangel på kartleggingsmetodikk, som mange av informantene forteller om i intervjuene. Den tradisjonelle *samtalen* som verktøy er godt befestet som innfallsvinkel i alt sosialfaglig arbeid, og dette står fortsatt som et grunnfjell i kartleggings- og tiltaksarbeidet. I kontrast til dette kan nok selve formen med de strukturerte intervjukjemaene virke rigid, og de ansattes utbredte skepsis er på denne bakgrunn forståelig. Imidlertid beskriver mange at de blir positivt overasket når de får egen erfaring med bruken, og de ser at informasjonen

som framkommer med denne målrettede spørreformen gir nyttige fordeler både kvalitativt og kvantitativt, for vurdering av problembilde. I tillegg påpeker svært mange av de ansatte metodikkens potensiale i retning å motivere klienten til endret atferd. Konkret framheves at de detaljerte og spesifikke spørsmålene og den systematiske helheten i intervjuet, kombinert med det visuelle feed-back-materialet i oppfølgingssamtalen, ofte igangsetter bevisstgjørende refleksjoner omkring egen problembelastning og sammenhenger mellom rusmønster og ulike livshendelser. Dette er informasjon som i en viss utstrekning bekreftes i klientundersøkelsen.

Nå skal det også sies at bruksmønsteret muligens kan være noe videre i praksis enn svarene i etterundersøkelsen kan gi inntrykk av. For eksempel er det et par virksomheter som forteller at de bruker informasjon fra kartleggingen mye til oppfølging av hver enkelt klient, selv om de gjennomfører relativt få kartlegginger. Nytteverdien kan med andre ord være avhengig av andre faktorer enn antall klienter som får oppleve den nye metodikken. Uformelle samtaler kan tyde på at spørreskjemaet, som fokuserte på systematikk i bruken, kan ha avdekket noe av en akilleshæl i mange av virksomhetene, men at det var noe snevert formulert for å fange variasjonen i anvendelsesmulighetene.

14.5 *Latente funksjoner, uintenderte konsekvenser og perverse effekter*

Mertons begrep om latente funksjoner kan synes relevant å trekke fram i forhold til den personalpolitiske dimensjonen, selv om denne må kategoriseres som manifest i noen av virksomhetene. Særlig i den nyopprettede oppfølgingsenheten i Østby var dette en klart uttalt målsetning, og mellomleders informasjon kan dessuten i høy grad tyde på at dette målet er nådd. Derimot er det andre virksomheter hvor dette argumentet ikke har vært framme, hvor også de ansatte gir uttrykk for å ha fått et faglig løft og en større trygghet og trivsel i jobben. Et relevant spørsmål i forlengelsen vil da være i hvilken grad en eventuell slik effekt skulle kunne hevdes å bidra til økt bruk, sammenliknet med om en slik effekt ikke var i funksjon. I den grad en slik effekt er virksom, kan det være mer nærliggende å anta at den økte kompetansen bidrar til økt tilfredshet for de som fortsatt bruker metodikken og motsatt bidrar til betydelig frustrasjon for de som ikke ser seg i stand til å utnytte metodikkens potensiale slik de selv vil. Oppsummeringsvis kan det være rimelig å anta at de personalpolitiske (latente) funksjonene ser ut til å være like

viktige for å opprettholde bruken som de kvalitetsstyrkende (manifeste) funksjonene i den opprinnelige, uttalte målsetningen.

Eventuelle perverse effekter (Boudon 1982), skulle kunne vise seg som motsatte effekter av de klart uttalte målsetningene, altså at kvaliteten svekkes for eksempel i form av redusert brukermedvirkning, mer standardiserte tilnærminger eller at metodikken svekker mulighetene for en mer evidensbasert praksis. Järgebys kartleggingsstudie påviste at en del kritikere blant sosialtjenestens egne ansatte nettopp har slike og liknende argumenter imot strukturerte metoder, og de fleste innvendingene har nettopp klientens beste som siktemål (Järgeby 2004:42). I det foreliggende materialet er det imidlertid ikke registrert noen motforestillinger fra de ansatte som ville kunne støtte en slik antakelse når det gjelder ADDIS. De få kritiske innvendingene som finnes, går i retning av at metoden er tidkrevende og anstrengende i bruk og at spørsmålene kan trekke opp traumatiske opplevelser som sosialarbeidere ikke er kompetente til å håndtere. Imidlertid er det en betydelig andel av klientene som synes at det ble mye skjema, som virket fremmedgjørende, slik at en her må holde muligheten åpen for at denne formen virker mot sin hensikt for noen av klientene, med hensyn til brukermedvirkningsaspektet.

14.6 *Spredning og nyrekruttering*

Bakgrunnsmateriale fra opplæringsprosjektets forhistorie dokumenterte at de fire kommunene som deltok hadde svært ulikt utgangspunkt med hensyn til den aktuelle metodikken. En av kommunene hadde allerede da prosjektet ble påtenkt i størrelsesorden ti ansatte med sertifisering og bruken var allerede godt integrert i arbeidet ved sosialtjenestens spesialiserte rusenhet. Fra lederintervjuene vet vi dessuten at den videre satsningen på instrumentet hadde klar sammenheng med interesse fra fagfolkene som kunne ha nytte av slik metodikk. Prosessen kan ved første øyekast se ut til å ha hatt et bottom-up-forløp, men vel så betydningsfullt kan ha vært de utøvende ansattes samspill med ildsjeler i sosialsektorens øverste ledelse. Informasjon fra mellomleder bekrefter at også viktige deler av det ytre nettverket i form av den samorganiserte ruspoliklinikken og flere av regionens behandlingsinstitusjoner også benyttet samme metodikk. Oppsummeringsvis kan sies at det fantes både *flere sertifiserte internt* i kommunen og et *eksternt profesjonelt nettverk*, om enn svært løst sammenvevet. Det uformelle private nettverket er ikke undersøkt, og her skal ingen konklusjoner trekkes. I

diffusjonsmodellen til Coleman og medarbeidere (Coleman et. al. 1957) trekkes det profesjonelle nettverket fram som helt sentralt i begynnelsen av en nyrekrutteringsprosess for en ny behandlingsmetode. Det foreliggende materialet kan gi grunnlag for å anta at den samme mekanismen har vært virksom når det gjelder å integrere metodikken i virksomhetens arbeidsrutiner, ikke kun for spredning av kompetansen. Når Nordby kommune i betydelig større grad enn de andre deltakerkommunene har integrert ADDIS som en strukturerende arbeidsmetodikk i sosialetatensrusenhet og planlegger å gjøre det samme i ytterligere to enheter, kan dette se ut til å ha sammenheng med det formelle nettverket mellom ADDIS-brukere i mange ledd i denne regionen, i offentlig kommunal forvaltning, i statlige og private behandlingsenheter. En direkte sammenlikning virksomhetene eller kommunene imellom er vanskelig av flere grunner:

Etterundersøkelsen stilte utelukkende spørsmål om hvorvidt virksomheten hadde slike samarbeidspartnere, og JA/NEI-svarene kan således favne et vidt spekter av samarbeidsformer, fra nabokommuner med uformelle kontakter til virksomheter i en forpliktende tiltakskjede. Antall positive og negative svar må naturligvis også sees i forhold til antall deltakere fra den aktuelle regionen. I etterundersøkelsen var det to kommuner som tilsynelatende hadde benyttet metodikken mindre systematisk enn de øvrige to, hvorav en ikke svarte på etterundersøkelsen. I den andre kommunen svarer alle de ansatte negativt på spørsmålet om ADDIS-bruk hos eksterne samarbeidspartnere, noe som gir støtte Coleman's forklaringsmodell.

En av virksomhetene som kan se ut til å ha et relativt systematisk, men ikke svært hyppig bruksmønster, er preget av få eksterne samarbeidspartnere med metodikken. Enheten driver langsiktig oppfølgingsarbeid, er liten og har en tett personalgruppe med svært høy andel sertifiserte. I henhold til Granovetters modell (Granovetter 1973 og 1983) kan dette kalles et *tett nettverk*. Arbeidsoppgavenes preg av lokalt baserte tiltak framfor forvaltningsvdtak om behandlingstiltak, kan tyde på at det jobbes mer over tid med de samme klientene, framfor å bruke et omfattende eksternt nettverk for viderehenvisning til andre instanser. Dersom denne beskrivelsen medfører riktighet, kan Granovetters modell for gi indikasjoner på at svakt utbygde løse nettverk kan være en medvirkende årsak til at metodikken ikke har spredd seg i denne regionen, hvor nyrekruttering har vært helt fraværende.

Den geografiske spredningen av ADDIS-metodikken er påfallende ujevnt fordelt, med et absolutt tyngdepunkt i antall sertifiserte brukere og antall involverte virksomheter, i Nordby kommune. Granovetters (1978) og Schellings (1978) modeller for spredning,

som bygger på de nært beslektede begrepene *terskelverdi* og *kritisk masse*, kan bidra til å forklare fenomenet: Når først et visst antall er sertifisert og bruker metodikken i et geografisk område, vil dette trolig kunne være et insentiv for enda flere til å etterspørre kompetansen, ved å redusere skepsis overfor noe nytt og ukjent, samt at utbredelsen i seg selv ansees som en anerkjennelse av metodikkens kvaliteter. I dette prosjektets tilfelle, hvor de som allerede var brukere dessuten var svært entusiastiske, vil det være rimelig å anta både at flere søker seg til slik opplæring, og at færre dropper ut før fullføring, i og med at kunnskapen om hva deltakelsen innebærer må antas å være større. I henhold til Granovetters begrepsapparat er det dessuten grunn til å anta at kostnaden ved å opprettholde en slik beslutning, uttrykt ved at man fullfører prosessen fram til sertifisering, kjennes mindre dess sterkere overbevisning en har om at ens beslutning er i samsvar med andre fagfolk en anerkjenner og verdsetter. Ser en på det aktuelle opplæringsprosjektet, var frafallet blant de påmeldte henholdsvis 0 i Nordvik, 2 i Østvik og 2 i Østby, mens Nordby, som hadde god kjennskap til metodikken fra før hadde 2. Her var det altså lite som vitner om en slik effekt, men utvalget er da også veldig lite og andre tilfeldigheter kan slå sterkt inn. Fagutviklingsleder i Nordby forteller imidlertid at enkelte ansatte nærmest har forlangt å få opplæring, med begrunnelsen av de ville være på samme faglige nivå som sine sertifiserte kollegaer, så her er det i allefall åpenbart at spredningseffekten er påtakelig.

DEL V: SYNTSE

Kapittel 15 Konklusjoner

15.1 Oppsummering

Oppgavens sentrale spørsmål har vært knyttet til mønster og omfang for bruken av den nye metodikken på klient- og virksomhetsnivå, implementeringens hensiktsmessighet for lokale og nasjonale målsetninger om kvalitetsheving på tjenestene, og hvilke faktorer og mekanismer som kan bidra til å forklare de store variasjonene i utfallet av implementeringen.

Spørsmålene er søkt besvart med et tredelt undersøkelsesopplegg: Ledernes beskrivelser av forankring og strategier for opplæringen danner bakteppet. De ansattes beskrivelser av kartleggingsaktiviteten før og etter innføring av den nye metodikken gir et bilde av hva som er forandret i det praktiske arbeidet, og fordeler kontra ulemper med den strukturerte metodikken. Klientenes opplevelser av innflytelse og medvirkning med den nye kartleggings- og beslutningsprosedyren gir indikasjoner på i hvilken grad pasientrettighetsloven er ivaretatt.

Innenfor den typen tiltak i kommunal sosialtjeneste som har vært denne studiens primære fokus, kan erfaringene oppsummeres som følger: De ansatte som har tatt i bruk ADDIS, gir utvetydig uttrykk for at dette oppleves som et nyttig arbeidsverktøy og en kvalitetsheving av arbeidet med enkeltklienter. Imidlertid viser materialet tydelige tegn på at langsiktig strategi fra ledelsen og forankring i den daglige virksomheten er av stor betydning for utbyttet av en slik kompetansestyrking i et lengre tidsperspektiv. Et minimum av brukshyppighet for å holde kompetansen ved like, ansees opplagt, da metodikken og tolkningsmulighetene er såvidt komplekse at en viss rutine nok må ansees påkrevet. Kritiske faktorer i så måte ser blant annet ut til å være tilstrekkelig tid og grad av organisering i arbeidssituasjonen til å prioritere en slik strukturert arbeidsform. Integrering i øvrige arbeidsprosedyrer og antall ADDIS-brukere i hver virksomhet ser ut til å ha betydning for bruken blant ansatte i sosialtjenesten, mens de ansatte i behandlingsrettede virksomheter har høy bruksfrekvens uansett om de er den eneste spesialisten i virksomheten med slik kompetanse. Denne mekanismen er analysert med Schellings begrep om 'kritisk masse', mens Granovetters 'terskelverdier' kan være et inntak til å forklare de geografiske variasjonene i nyrekruttering og spredning i

instrumentet. Det rekrutteres svært få nye medarbeidere i geografiske områder hvor det fra før totalt er få sertifiserte, til tross for at de som finnes er svært fornøyde. Coolemans diffusjonsmodell kan bidra til å forklare det faktum at kontroversielle nyvinninger i starten spres mellom fagfolk som kjenner hverandre profesjonelt eller faglig, og helt avgjørende i denne spredningsprosessen er vurderingen av legitimiteten hos den som representerer nyvinningen, at vedkommende framstår overfor kollegaer i faglige nettverk som dyktig.

Det store flertallet av klientene mottar metodikken positivt og føler seg respektert og ivaretatt, selv om noen antyder et visst element av fremmedgjøring med den stramme strukturen. En høy andel oppgir at de støtter både 'diagnosen' og saksbehandlers tiltaksanbefaling. Den positive mottakelsen fra klientene er noe som samtidig bidrar til å gjøre samarbeidsrelasjonen mer konstruktiv og derigjennom til at de ansattes innvendinger reduseres. Klientene har gitt uttrykk for stor grad av tilfredshet med hensyn til medbestemmelse, og studien konkluderer med at Pasientrettighetslovens intensjoner med henblikk på informasjon og delaktighet i egen kartlegging og behandling er godt ivaretatt med den nye metodikken. Materialet gir ingen informasjon som tyder på at spesifikke klientgrupper skulle være lite egnet til kartlegging med denne typen metodikk, selv om det rapporteres om høyst sporadiske intervjuer som har måttet avsluttes, da med klienter som har omfattende psykiske lidelser i kombinasjon med aktiv rusproblematikk.

Etterundersøkelsen stilte også spørsmål om hvorvidt kartleggingsdata ble anvendt systematisk til utarbeidelse av handlingsplaner for enkeltklienter eller individuelle planer, slik disse er beskrevet i Pasientrettighetsloven og i det nye tillegget til Lov om sosiale tjenester. Også på dette bruksområdet tyder svarene på at virksomhetene i liten grad har utviklet en systematisk tilnærming. Dette kan naturligvis bety at de undersøkte virksomhetene bruker annen informasjon når de utformer individuelle handlingsplaner, men det er nok mer nærliggende å anta at få av de undersøkte virksomhetene har iverksatt regelverket om individuelle planer. Dette ville i så fall stemme overens med SINTEF-undersøkelsen som ble gjort i 2004 for å vurdere gapet mellom behov og tilbud om hjelpetiltak fra sosialtjenesten, hvor nettopp dette ble påpekt som et svakt utviklet område.

15.2 Svar

Beskrivelser fra de ansatte som deltok i opplæringsprosjektet vitner om *store variasjoner*. Ytterpunktene representeres av noen få som bruker metodikken hyppig og systematisk, til en relativt stor andel som i siste halvår kun har brukt den svært sporadisk og en betydelig andel som helt har sluttet å bruke den. For de fleste virksomhetenes del har innføring av den strukturerte metodikken bidratt til mer systematikk i kartleggingsarbeidet, bedre dokumentasjon på klientenes tilstand og et mer omfattende beslutningsgrunnlag ved vurdering av søknader om legemiddelassistert rehabilitering, selv om det i liten grad har endret den grunnleggende arbeidsstrukturen. Følgende sitat fra ansatte i en sosialtjeneste gir en meget god oppsummering:

Om det tenkes og handles forskjellig for og etter opplæringen, føler vi vel ikke at det har endret vår arbeidsmåte vesentlig. Men vi merker oss likevel en del endringer:

- Mer kunnskap, føler oss tryggere, blitt mer bevisste på arbeidsmåter og rutiner.
- Raskere og mer presis kartlegging.
- Bedre dokumentasjon.
- Problematikken blir tydeligere for klientene.

Selv om ADDIS ikke har ført til de store endringene, har det vært et viktig faglig påfyll, og har styrket oss i det daglige arbeidet med rusproblematikk.

Når det beskrives at arbeidsmåten ikke er vesentlig endret, er dette en svært typisk beskrivelse for mange ansattes opplevelse. I all hovedsak er dette et verktøy som tas i fram når det er særlige anledninger, ikke noe som virksomheten har bygget nye rutiner omkring. Oppsummeringsvis kan dette være uttrykk for de generalistorienterte sosialtjenestenes implementeringsform.

De aller fleste klientene opplever seg ivaretatt og respektert med den nye metodikken, selv om noen synes det blir vel mye skjema. Klientsvarene tyder på at pasientrettighetslovens intensjon om delaktighet i beslutningsprosessen, og sikring av forståelig informasjon er godt ivaretatt med den nye praksisen. I tillegg viser svært mange av klientsvarene et påfallende høyt samsvar mellom klientens og den ansattes vurdering av problebelastning og anbefaling av egnet tiltak. Systematisk anvendelse av kartleggingsdata med hensyn til matching av klient til rett tiltak, synes likevel ikke svært utbredt, da kun i underkant av halvparten av virksomhetene rapporterer slik praksis. På spørsmål om bruk av kartleggingsdata til utarbeidelse av individuelle handlingsplaner, bekrefter under en tredel av de ansatte som svarte at slik praksis er vanlig i deres virksomhet. Muligheten er tilstede for at slike planer ennå ikke lages i stor utstrekning, til

tross for lovens pålegg. Bruken av denne typen kartleggingsdata på aggregert nivå til videreutvikling av tjenestene til målgruppa synes svært lite utbredt, idet kun 1 av 14 ansatte i etterundersøkelsen bekrefter slik praksis.

Hvorvidt implementeringen kan vurderes som vellykket, må sees på bakgrunn av flere virksomheters *uklare målbeskrivelser* i oppstarten. Den offentlige satsningen med styrkingsmidler via kompetanseutviklingsprosjektet VOX, tok primært sikte på å tilføre kompetanse til deltakerne, og implementeringen var således helt og holdent opp til de respektive virksomhetene. En ren måloppfyllelseevaluering vil her åpenbart gi utilstrekkelig informasjon, all den tid ulike aktører hadde ulike målsetninger og flere av de mest betydningsfulle kvalitetsmessige effektene som ansees dokumentert ikke framkommer i noen formalisert skriftlig form. Utover den opplagte målsetningen om kompetanseheving blant personalet og kvalitetsheving i *selve kartleggingsprosessen*, har det i mange av virksomhetene vært vanskelig å gripe hva som var det *overordnede mål* med innføring av metodikken. I flere av virksomhetene har både ledelse og deltakere gitt til dels vage svar på spørsmål knyttet til formål med og anvendelsesområder for den systematiserte kartleggingsinformasjonen. Imidlertid kan de nevnte målsetningene om kompetanse- og kvalitetsheving, utvilsomt oppsummeres som oppnådd. Selve opplæringsprosjektet oppsummeres i den offisielle evalueringen av prosjektet som meget vellykket. Deltakerne var i etterkant av opplæringen svært tilfredse med ny kunnskap og nye ferdigheter. De *langsiktige effektene* viser derimot at metodikken mange steder er lite i bruk, og analysen peker på betydelige svakheter hva gjelder lokal integrering av metodikken i det helhetlige tiltaksarbeidet, organisatorisk tilrettelegging av de ansattes arbeidssituasjon og langsiktig vedlikehold av kompetansen. De virksomhetene som til tross for dette har en omfattende bruk av metodikken, skiller seg ut med tydeligere målsetninger for anvendelsen av den detaljerte kartleggingsinformasjonen i den enkelte sak, og at de ansatte har en stor grad av *langsiktighet i arbeidet* med den enkelte klient. Her gir dessuten disse faktorene større utslag på bruksfrekvens enn *nettverk* og *antall sertifiserte kollegaer*. Dette dreier seg om virksomheter med enten behandlingsrettede funksjoner eller spesialisert sosialtjeneste med langsiktig oppfølgingsansvar. Svarene fra etterundersøkelsen tyder altså på at bruken er klart mer omfattende i forbindelse med arbeidsoppgaver av klinisk art, enn i de klassiske forvaltningsoppgavene, noe som kommer til uttrykk både ved høyere bruksfrekvens og mer planmessig anvendelse av kartleggingsdata. Funnet kan synes noe overraskende all den tid valg av tiltak og individuelle planer for rehabilitering, kunne antas å være helt sentrale nedslagsfelt for

systematisk innhentet informasjon om enkeltklienters problembelastning og *individuelle hjelpebehov*. Fra et så lite utvalg skal en være nøktern med å trekke bastante slutninger, men mønsteret peker tydelig i retning av at generalistorganiserte virksomheter i sosialtjenesten, er den typen virksomheter hvor metodikken i minst grad ser ut til å ha fått feste, til tross for at klienter med rusproblematikk utgjør en betydelig andel av målgruppa. Her har de ansatte ansvar for mange ulike typer hjelpebehov, hverdagen er ofte preget av økonomiske hastesaker og når de arbeider med rusaker bidrar en presset arbeidssituasjon til at dette typisk er mer knyttet til forvaltningsoppgaver i form av enkeltsøknader om konkrete ytelser og i mindre grad til målrettet langsiktig atferdsendring, sammenliknet med virksomheter med et mer klinisk arbeidsområde.

Hva gjelder *spredning* og *nyrekruttering* av brukere til metodikken som tegn på vellykkethet, viser undersøkelsen at dette fordeler seg i et klart geografisk mønster. Den eneste av de fire kommunene som deltok i prosjektet som hadde forankret metodikken fra før prosjektet, er også den eneste virksomheten som har fortsatt sertifiseringen av ansatte etter prosjektet. Her gjøres det dessuten i en svært strukturert form, og strategien for bruk av metodikken og *vedlikehold* og utvidelse av kompetansen blant personalet, kan leses ut av flere nivåer i organisasjonen.

15.3 *Materialets betydning og begrensninger*

Studien har tatt for seg et lite, strategisk utvalg av ansatte og kartlagt deres erfaringer, tilsvarende har en gruppe av de klientene som ble kartlagt i opplæringsperioden beskrevet sine opplevelser av den nye metodikken. Utvalgenes størrelse og sammensetning av ulike typer virksomheter, tilsier ikke at svarene fra dette spesifikke opplærings- og implementeringsprosjektet nødvendigvis er gyldig for andre grupper. Lokale organisatoriske faktorer ser ut til å spille en betydelig rolle for muligheten til å oppnå en vellykket implementeringsprosess og langsiktig vedlikeholdelse av tilegnet kompetanse. Imidlertid er det såvidt mange av svarene som bekrefter tidligere funn fra sammenliknbare undersøkelser, at materialet langt på vei må kunne antas å framvise et typisk bilde av prosessen og utfallet.

15.4 *Videre undersøkellesbehov*

Rusreformens inntreden på den norske behandlingsarenaen var ikke en opprinnelig faktor i den foreliggende studien, men ble tatt med først og fremst fordi den representerer viktige føringer i form av organisatoriske rammebetingelser for rehabiliteringsarbeid. Ikke minst har den medført endringer i ansvarsforholdene omkring innsøkning til den rusbehandling som foregår i spesialisthelsetjenestens virksomheter, underlagt de regionale helseforetakenes avtaleverk. Derneft for det andre har bragt inn nye krav til samarbeid mellom deler av hjelpeapparatet som tradisjonelt bygger på ulike ideologier, hvor det at sosialtjenesten tar i bruk diagnosekriterier som tradisjonelt har vært betraktet som en medisinsk tilnærming, kan synes som en viktig mulighet til større faglig forståelse for hverandres paradigmer. Begge deler har betydning for behov for og bruk av individuelle kartleggingsdata som følger henvisningen fra kommunen ved søknad om plass, selv om bildet over de praktiske konsekvensene i skrivende stund synes noe uklart. En videre dokumentasjon på hvordan det praktiske kartleggingsarbeidet fordeles er av interesse. Ikke minst vil være viktig å undersøke hvordan helseforetakenes vurderingsinstanser forholder seg til de innsøkende instansers svært ulike ruskompetanse og kartleggingspraksis, og derav følgende ulike henvisningsgrunnlag. I forlengelsen av dette er det også en sentral problemstilling på hvilken måte sosialtjenestens førstelinje har tattkonsekvensen av nye retningslinjer for vurdering av behandlingsbehov, hvorvidt dette kan ha effekter i en slik retning at deres eksisterende spesialistkompetanse på området rus og kartlegging svekkes.

En grundigere kvalitativ studie omkring hvordan selve kartleggingsprosedyren påvirker dynamikken mellom klient og ansatt, kunne gitt svar på mer subtile mekanismer, enn hva foreliggende metode har kunnet fange. Påvirkes klientenes delaktighet i prosessen og blir de mer forpliktet av handlingsplaner som er framkommet på denne måten? Endrer dette seg over tid, har de ansatte vært overfokusert på å framstå møtende midt i alt skjemaveldet, siden mange i starten har forventet å møte motvilje og kritiske holdning fra klientene?

Hvordan virksomhetene forholder seg til lovens pålegg om å utarbeide individuelle planer for klienter med langvarige og sammensatte behov, er ikke tilstrekkelig belyst i denne studien. Svarene kan tolkes som at virksomhetene i liten grad lager slike planer, men en slik konklusjon er usikker. Tilsynsdokumentasjon fra Statens helsetilsyn (2005b)

og tverrssnittsrapporten fra SIRUS (Gundersen m.fl. 2004) gir klare indikasjoner på at hre finnes et av sektorens største forbedringspotensialer.

Litteratur

Alver, Øyvind Omholt, Anne Bretteville-Jensen og Oddvar Kaabøe (2004):

Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering, SIRUS-rapport nr. 2-2004, Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Andréasson, Sven m.fl. (1996):

Bedömning för val av behandling.

i Berglund, Mats m.fl. (1996): Dokumentation inom missbrukarvården. Behandlingsarbete, metodutveckling, utvärdering.

Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Liber Förlag

Andersen, Maja Lundemark; Pernille Brok og Henrik Mathiasen (2000):

Empowerment på dansk

Frederikshavn: Dafolo forlag

Andréasson, Sven m.fl. (2003):

ASI – en strukturerad intervjumetode for bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. CuS-rapport.

Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete

American Psychiatric Association, APA (1994):

DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

Arbeids- og sosialdepartementet:

Rundskriv U-1/2004 Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen, med vedlegget Endringer i sosialtjenesteloven, helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Baklien, Bergliot (1993):

Evalueringsforskning i Norge.

Tidsskrift for samfunnsforskning, årgang 34, side 275-280

Bergmark, Anders; Bam Björling; Leif Grönbladh; Börje Olsson; Lars Oscarsson; Vera Sagraeus (1989):

Klienter i institutionell narkomanvård. Analyser av bakgrund, behandling och utfall.

Uppsala Universitet: Pedagogiska Institutionen

Björkemarken, Mariann (1995)

Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering – en fråga om perspektiv och förklaring.

Göteborg: Sociologiska Institutionen, Göteborgs Universitet

Blomqvist, Jan (1991):

Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match. En kartläggning av missbruksarbete och vårdressurser och en diskussion av behandlingsvalens betydelse.

Stockholms stads Socialförvaltning, FoU-enheten: FoU-rapport 1991-14

Blomqvist, Jan (2002):

Att sluta med narkotika, med och utan behandling.

Stockholms stads Socialförvaltning, FoU-enheten: FoU-rapport 2002-2

Boudon, Raymond (1982):

The Unintended Consequences of Social Action.

London: MacMillan

Brandsberg-Dahl, Astrid og Heid Nøkleby (2004):

Mer mellom regnbuen og de sorte hullene.

Evalueringsrapport nr. 2 av Sauherad Samtun.

Ressurser skriftserie nr.1/2004

Coleman, James; Elihu Katz; Herbert Menzel (1957):

The diffusion of an Innovation Among Physicians

Sociometry, Vol. 20, No. 4, 253-270

Dahl, Ulf; Gro Heidi Løvendahl Johansen; Helge Ramsdal (2003):

Evaluering av ettervernet i Fredrikstad.

Fredrikstad: Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport-serien 2003:3

Dahl, Ulf (2004):

VOX-prosjekt 2002-04: ADDIS Diagnose- og bedømmelsesinstrument for rusproblemer.

Upublisert evalueringsrapport fra Høgskolen i Østfold til Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet

Ekeland, Tor-Johan (1999):

Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak?

Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999 nr. 36, s.1036-1047

Ekendahl, Mats (1999):

Att välja vårdform. En studie inom fyra kommuners öppna alkoholvård.

Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete

Engström, C. och Armelius, B.Å. (2002):

Klienters acceptans av strukturerade intervjuer i socialtjänsten.

Nordisk Sosialt arbeid, nr. 4, 2002, årgang 22.

Evjen, Reidunn; Tone Øiern og Knut Boe Kielland (2003):

Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk.

Oslo: Universitetsforlaget

Fogh, Jette (1994):

Med samtalen som udgangspunkt.

Det kvalitative forskningsinterview.

København: Akademisk forlag

Fridell, Mats (1996a):

Institutionella behandlingsformer vid missbruk.

Stockholm: Natur och kultur.

Fridell, Mats; Eva Johnsson Fridell; Zvonimir Cesarec (1996b):

Femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare. En sammanfattning. Rapport från projektet
Faktorer som påverkar utfallet på kort och lång sikt för tunga narkotikamissbrukare,
Socialvetenskapliga Forskningsrådet, 1992

Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, och Enheten för Kemiskt Beroende S:t Lars sjukhus,
Lunds Universitet

Fylkesmannen i Østfold (1998):

Kvalitetsutvikling for sosialtjenesten ved hjelp av brukerundersøkelser.

Moss: Fylkesmannen i Østfold, sosial- og familieavdelingen.

Granovetter, Mark S. (1973):

The Strength of Weak Ties

The American Journal of Sociology, Vol. 78, No. 6, 1360-1380

Granovetter, Mark S. (1978):

Threshold models of Collective Behavior.

The American Journal of Sociology, Vol. 83, No. 6, 1420-1443

Granovetter, Mark S. (1983):

The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited

Sociological Theory, Vol. 1, 201-233

Gundersen, Tonje m.fl.: (2004):

Rusklinter og tjenester før 'rusreformen'. En tverrsnittundersøkelse.

Rapport utført på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet, avd. for spesialisthelsetjenester.

Oslo: SINTEF Unimed.

Helsedepartementet (2004a):

Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier.

<http://www.odin.dep.no>

Helsedepartementet (2004b):

Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

Rundskriv I-8/2004

Helsetilsynet (2005a):

Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005

Helsetilsynet (2005b):

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005

Helse Øst Regionalt Helseforetak (2004):

Prosjekt 2003. Delprosjekt 15 Rusreformen. Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige i Helse Øst.

Hidle, Lauritzen og Skretting (1997):
ASI – en bearbeiding og oversettelse til norsk

Holter, Harriet (1996):
Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning.
i Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red.) (1996):
Kvalitative metoder i samfunnsvitenskapene
Oslo: Universitetsforlaget

Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red.) (1996):
Kvalitative metoder i samfunnsvitenskapene
Oslo: Universitetsforlaget

Hubble, M. A. et.al. (1999):
The Heart and Soul of Change – What Works in Therapy?
Washington DC: Am. Psych. Association.

Jäderland, Anneli (2003):
Att komma igång med strukturerade metoder i missbrukarvården
i Nyström, Siv (red): ASI-intervjun i praktisk tillämpning. CuS-rapport.
Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete

Järgeby, Ulla (2004):
Systematisk bedömning inom socialtjänsten
Stockholm: Socialstyrelsen

Kalleberg, Ragnvald (1996):
Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog.
i Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red.) (1996):
Kvalitative metoder i samfunnsvitenskapene
Oslo: Universitetsforlaget

Kokkinn, Judy (2005):

Profesjonelt sosialt arbeid. 2. reviderte utgave.

Oslo: Universitetsforlaget

Kurtze, Nanna og Arne H. Eide (2003):

Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere.

Oslo: SINTEF Unimed

Kvale, Steinar (1995):

To Validate is to Question

i Kvale, Steinar (ed.): Issues of validity i qualitative studies

Lund: Studentlitteratur

Kvale, Steinar (1997)

Det kvalitative forskningsintervju

Oslo: Gyldendal Akademisk

Landheim, Anne; Kjell Bakken og Per Vaglum (2002):

Sammensatte problemer og separate systemer.

Psyriske lidelser blant rusmiddelmissbrukere til behandling i russektoren.

Norsk Epidemiologi nr. 12

McLelland, A.T. ; Luborsky, L.; Woody, G.E.; O'Brien, C.P. (1980):

An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: The Addiction Severity Index.

The Journal of Nervous and Mental Disease 1980, 168, 26-33

Lundqvist, L. (1987):

Implementation Steering. An Actor-Structure Approach.

Lund: Studentlitteratur

Lyly, Caisa & Skoglund, Maria (2002):

Behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS.

En kvalitativ studie på Rällsögården. Allmän SIS-rapport 2002:6.

Stockholm: Statens Institutionsstyrelse

MARIO (2001):

Veileder for medikamentassistert rehabilitering i helseregion øst.

Oslo: Senter for medikamentassistent rehabilitering i Oslo, Nasjonalt kompetansesenter, regionssenter for Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold.

Martinussen, Willy (1999):

Sosiologiske forklaringer

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Melberg, Hans Olav; Grethe Lauritzen og Edle Ravndal (2003):

Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?

En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling.

Oslo: SIRUS rapport nr. 4/2003

Merton, Robert K. (1968):

Social Theory and Social Structure.

New York: The Free Press

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet

En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak

NOU 2004:18:

Helhet og plan. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

NOU 2005:3:

Fra stykkevis til helt. En sammenhengende sosialtjeneste

Nyström, Siv (red.); Anna-Lena Cronqvist; Christer Engström; Anneli Jäderland; Gunnel Ekblom; Christel Lood (2003):

ASI-intervjun i praktisk tillämpning. CuS-rapport.

Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete

Nyström, Siv; Björn Sallmén; David Öberg (2005):

Beslut på bättre grunder. En handbok för ASI-användare.

Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Socialstyrelsen.

Oscarsson, Harriet Lundefors (2004):

Att implementera ett klient- och åtgärdsinstrument på en LVM-institution.

Möjligheter och hinder. Allmän SIS-rapport 2004:1.

Stockholm: Statens Institutionsstyrelse

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003):

Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere).

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003):

Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).

Petrosino, A. m.fl.: Meeting the Challenges of Evidence-Based Policy: The Campbell Collaboration.

ANNALS, APPSS, vol.578, 2001, s.14-34

Prochaska, James O.; Carlo C. DiClemente og John C. Norcross (1992):

In Search of How People Change.

Am. Psychologist, sept. 1992, pg. 1102-1114

Ravndal, Edle og Per Vaglum (1995):

Psyriske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling.

En undersøkelse av stoffmisbrukere ved Veksthuset, Gaustad

Oslo: Rusmiddeldirektoratets temaserie

Ravndal, Edle (1996):

Klientforskjeller – betydning for behandling og evaluering.

i Waal, Helge & Fanny Duckert (red.) (1996):

Behandling av rusproblemer – nytter det og hva koster det?

Metoder og muligheter i kostnad-nytte-forskning. Temaserie 1996:2.

Oslo: Rusmiddeldirektoratet og Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Rokkan T. og A. Brandsberg-Dahl (2003):

Tyrili 10 år etter – en evaluering av Frankmotunet

Tyrili skriftserie 5/2003

Ruud, Torleif og Deborah Reas (2003):

Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere.

Oslo: SINTEF Unimed

Schelling, Thomas C. (1978):

Micromotives and Macrobehavior.

New York: W.W.Norton & co.

Silverman, David (2001)

Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Texts and Interaction

2nd edition

London: Sage Publication

Sosial- og helsedepartementet (1998):

Kunnskap og brubygging. Handlingsplan I-9/0910 N Sosialtenesta si førstelinje

Sosial- og helsedirektoratet (2004):

... og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjensten.

SOU 1974:39 Socialvården, mål och medel.

Principbetänkande av socialutredningen.

SOU 1994:139 Ny socialtjänstlag.

Huvudbetänkande av socialtjänstkommitén.

SOU 1995:58 Kunnskap och kompetensutveckling inom socialtjänsten.

Delbetänkande från socialtjänstkommittén

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001):

Behandling av alkohol och narkotikaproblem - en evidensbaserad kunskapssammanställning.

Volym I och II.

Stockholm: SBU

St.meld. nr. 28 (1999-2000)

Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000.

Syse, Aslak (2004):

Pasientrettigheter, med kommentarer

2. reviderte utgave

Oslo: Gyldendal norsk forlag

Thagaard, Tove (1998):

Systematikk og innlevelse.

En innføring i kvalitativ metode.

Bergen: Fagbokforlaget

Tjersland, Odd Arne (1995):

Misbrukere før, under og etter kollektivopphold.

En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikkollektivet.

Oslo: Rusmiddeldirektoratet

Tjersland, Odd Arne & Morten Nystrøm (1996):

Etterundersøkelser av misbrukere: Kan vi mål endringer på mer sammenliknbare måter?

i Waal, Helge & Fanny Duckert (red.) (1996):

Behandling av rusproblemer – nytter det og hva koster det?

Metoder og muligheter i kostnad-nytte-forskning. Temaserie 1996:2.

Oslo: Rusmiddeldirektoratet og Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Vedung, Evert (1998):

Utvärdering i politik och förvaltning.

Lund: Studentlitteratur.

Waal, Helge & Fanny Duckert (red.) (1996):

Behandling av rusproblemer – nytter det og hva koster det?

Metoder og muligheter i kostnad-nytte-forskning. Temaserie 1996:2.

Oslo: Rusmiddeldirektoratet og Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Watten, Reidulf G. og Arvid Amundsen (1998):

Tilbudskatalog for rusmiddelsektoren. Et utvalg spørreskjemaer og tester til klinisk og forskningsmessig bruk.

Oslo: Rusmiddeldirektoratet/Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Weber, Max (1999):

Verdi og handling

Oslo: Pax forlag

Widerberg, Karin (2001):

Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt.

Oslo: Universitetsforlaget

World Health Organisation, WHO og Statens Helsetilsyn (2000):

ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer

Oslo: Universitetsforlaget

Østerberg, Dag (red.) (1978):

Handling og samfunn

Oslo: Pax forlag

Østerberg, Dag (2003):

Sosiologiens nøkkelbegreper og deres opprinnelse

6.utgave

Oslo: J.W.Cappelens forlag

Øvretveit, John (1998)

Evaluating Health Interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organisational interventions

Buckingham: Open University Press

INTERNETTREFERANSER:

Henvisningsrutiner for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere, for hhv.

Helse Øst, Helse Sør, Helse Midt-Norge, Helse Nord

<http://www.rustiltak.no/Tiltak/static.asp?ID=24>

Lesedato 25.01.05

Forsakningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora.

WWW.etikkom.no/Etikkom/retningslinjer/NESHretningslinjer)

Lesedato *****

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.

Oppgaven inneholder totalt 47 821 ord

VEDLEGG

ID:

DATO:

Intervjuer:

Alder:

Fødselsdato:

Kjønn: ☐ Mann ☐ Kvinne**ADDIS®**

Alkohol/Drog Diagnos InStrument

ICD-10 ☐DSM-IV ☐**ALLMENT**1. Hva er din *nåværende sivilstand*?

Enslig ☐
 Gift/samboende ☐
 Skilt/separert ☐
 Enke/enkemann ☐

2. Har du barn?

(Ikke nødvendigvis egne biologiske)

Nei ☐
 Ja ☐ Hvor mange? _____

3. Bor noen av barna hos deg?

(Under 18 år - ikke nødvendigvis slekt)

Nei ☐
 Ja ☐

4. Hvilken utdanning har du avsluttet?

Folkeskole/grunnskole/ungdomsskole ☐
 Videregående skole:
 Allmennfag/tilsvarende ☐
 Praktiske fag/annet ☐
 Høgskole/universitet ☐

Annet:

5. Hvordan er arbeidssituasjonen din?

Hjemmeværende ☐
 Student ☐
 Arbeidsledig ☐
 Attføring/rehabilitering ☐
 Uførepensjon ☐
 Førtidspensjon/Alderspensjon ☐
 Deltidsarbeid ☐
 I arbeid ☐ Sykemeldt ☐
 Heltidsarbeid ☐
 I arbeid ☐ Sykemeldt ☐
 Selvstendig næringsdrivende ☐

Yrke/stilling:

STRESS

6. Har noe av det følgende skjedd deg i løpet av det siste året? (regnet fra i dag)

Har du i løpet av det siste året opplevd:
(gjenta dette ofte)

	Nei	Ja
a. Ny jobb eller forandring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mistet jobb, permittering eller arbeidsledighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alvorlige økonomiske problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lengre perioder av uvirksomhet eller kjedsomhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alvorlig konflikt hjemme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Alvorlige problemer i arbeid eller på skolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tap av en nær venn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Eget barns fødsel eller adopsjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Å bli rammet av en alvorlig skade eller sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. At en nær venn eller et familiemedlem er blitt rammet av alvorlig sykdom eller skade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. En nær venn/familiemedlems død?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. At du eller noen i familien har flyttet hjemmefra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Skilsmisse eller separasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. At et viktig forhold er blitt avbrutt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Å ha blitt offer for en forbrytelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Å ha blitt tatt av politiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. En annen alvorlig stressfaktor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forklar:

ANGST

7. Nå skal jeg spørre deg om noen følelser.

Har du noensinne: (gjenta hver gang)

	Nei	Ja	Aktuelt (siste 14d)
a. Opplevd gjentatte, uventede panikkanfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Opplevd perioder med intens redsel når det ikke fantes noen fare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Unngått steder eller situasjoner som gir deg angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hatt en tendens til å uroe deg over ting eller situasjoner uten egentlig å ha en grunn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidligste debutalder _____

Alder siste gang _____

DEPRESJON

8. Har du noensinne hatt perioder på **minst 2 uker**
hvor du har opplevd:

	Nei	Ja	Aktuelt (siste 14d)
+ a. Nedstemthet størsteparten av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ b. At interessen for aktiviteter er betydelig nedsatt i store deler av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsett alltid med sp. c - i.

+ Ved "Ja"-svar på a el. b, spør du om klienten har
opplevd følgende i **de samme 2 ukene**:

	Nei	Ja	Aktuelt (siste 14d)
c. Vesentlig vektforandring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Søvnløshet eller overdreven søvn nesten daglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Følt deg oppstemt, både fysisk og psykisk, eller utestengt fra virkeligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Følelse av tretthet eller av nedsatt energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Skyldfølelse eller følelse av å være verdiløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Nedsatt evne til å tenke eller til å konsentrere deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tanker om døden el. selvmord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidligste debutalder _____

Alder siste gang _____

KAFFEIN, NIKOTIN og MAT

9. Hvor mange kopper kaffe el. te drikker du i
gjennomsnitt pr. dag?

Ingen	<input type="checkbox"/>
1 - 3	<input type="checkbox"/>
4 - 6	<input type="checkbox"/>
7 - 9	<input type="checkbox"/>
10 +	<input type="checkbox"/>

10. Har du noen gang røykt eller snust daglig?

Nei ☐ (Sp. 14)

Ja ☐ Debutalder _____

11. Røyker eller snuser du idag?

Nei ☐ (Sp. 14)

Ja ☐

12. Hvor mye?

Av og til - ikke daglig ☐

Opp til 20 sigaretter/ 1 boks pr dag ☐

Mer enn 20 sigaretter/ 1 boks pr dag ☐

Mer enn 40 sigaretter/ 2 bokser pr dag ☐

13. Har du noen gang forsøkt å slutte eller å redusere
forbruket ditt?

Nei ☐

Ja ☐

14. Hvor mange ganger om dagen spiser du?

15. Har du forandret dine matvaner det siste året?

Nei ☐

Ja ☐

Beskriv forandringen:

ALKOHOL/TABLETTER/ NARKOTIKA

1 halvflaske pils = 4 cl sprit 1 glass vin = 4 cl sprit

1 halvliter pils = 6 cl sprit 1 fl. vin = 22 cl sprit

1 fl. export øl = 7 cl sprit 1 kjøpedrink = 4 cl sprit

*16. Hvor ofte drikker du alkohol?

	Det siste året	mnd.:
*Daglig 6-7 dager pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Hver uke, 4-5 dager pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hver uke, 1-3 dager pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 ganger pr måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn 1 gang pr måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke det siste året	<input type="checkbox"/>	
Har aldri drukket alkohol (Sp.23)	<input type="checkbox"/>	

*17. Når du drikker, hvor mye drikker du da vanligvis?

	Det siste året	mnd.:
6 til 12 cl sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 til 18 cl sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*18 til 37 cl sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*37 cl eller mer sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Når drakk du alkohol sist?

Siste uke	<input type="checkbox"/>
Siste måned	<input type="checkbox"/>
Siste halvår	<input type="checkbox"/>
Siste år	<input type="checkbox"/>
For over et år siden	<input type="checkbox"/>

19. Hvor gammel var du første gang du var skikkelig beruset?

20. Hvor mye må du drikke idag for å bli skikkelig beruset?

21. Når var du sist skikkelig beruset?

Siste uke ☐
Siste måned ☐
Siste halvår ☐
Siste år ☐
For over et år siden ☐

*22. Har du noensinne drukket en helflaske sprit på en dag? (Alt. 3 fl. vin/18 halvflasker pils/12 halv-liter pils. **Kvinner:** 2 fl. vin, 12/8 pils eller 50 cl sprit)?

Nei	Ja	Antall ganger det siste året	M	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2+	<input type="checkbox"/>	_____
Debutalder				

Nå kommer jeg til å spørre deg om dine erfaringer med tabletter og narkotika.
(Gi klienten listen over medikamenter)

23. Har du noensinne brukt noen av disse tablettene/stoffene gjentatte ganger i livet?

Nei ☐ (Sp. 29)
Ja ☐ (Kryss av i ruten for hvert rusmiddel personen har brukt ved Sp. 24 og debutalder - regelmessig bruk)

Avslutt intervjuet dersom alkohol eller medikamenter aldri er blitt brukt.

24. Hvor ofte har du brukt _____ det siste året?
(Spør for hvert middel)
Følgende kode brukes ved notering:

5-7 dager pr uke	1
3-4 dager pr uke	2
1-2 dager pr uke	3
Minst 12 ganger pr år	4
Mindre enn 12 ganger pr år	5
Ikke det siste året	6

	Kode	Debutalder	Reg. bruk
<input type="checkbox"/> Sove-/beroligende	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Smertestillende	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cannabis	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Amfetamin	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kokain	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Opiater	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hallusinogener	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Løsemidler	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Andre/blanding	_____	_____	_____

25. Når brukte du _____ sist?
(Spør for hvert middel som er brukt)

Følgende kode benyttes ved notering:

Idag	1
Siste uke	2
Siste måned	3
Siste halvår	4
Siste år	5
Mer enn ett år siden (skriv årstallet)	6

	Kode	Årstall
<input type="checkbox"/> Sove-/beroligende midler	_____	_____
<input type="checkbox"/> Smertestillende midler	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cannabis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Amfetamin	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kokain	_____	_____
<input type="checkbox"/> Opiater	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hallusinogener	_____	_____
<input type="checkbox"/> Løsemidler	_____	_____
<input type="checkbox"/> Andre	_____	_____

(Har klienten brukt sove-/beroligende midler eller smertestillende midler, still sp. 26-27)

26. Har du opplevd at _____ har en rusvirkning?
(se manual)

Nei ☐ (Sp. 28)
Ja ☐

27. Har du tatt _____ for å oppnå den effekten?

Nei ☐
Ja ☐

28. Har du noen gang satt en sprøyte for å bli "høy"/beruset?

Nei	Ja	Antall ganger det siste året	M	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2+	<input type="checkbox"/>	_____
Debutalder				

29. Har du noensinne brukt _____ for å lindre nedstemthet, sinne, apati eller andre ubehagelige følelser?

	Nei	Ja	Siste år
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*30. Har det hendt at du har brukt **mer** _____ enn du hadde tenkt deg **eller** som var foreskrevet?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*31. Har det hendt at du har **fortsatt** å bruke _____ når du ikke hadde tenkt deg det?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*32. Har du noensinne brukt _____ daglig i en måned eller mer? (For legemidler regelmessig i 6 mnd - 1 år.)

	Nei	Ja	Siste år	M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*33. Har du noen gang brukt _____ minst i et par dager i strekk, uten å bli edru/klar?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*34. Når du bruker _____, trenger du da flere **eller** sterkere/større doser for å oppnå samme effekt som før?

	Nei	Ja	Siste år	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>

35. Har det hendt at du ikke har kunnet huske hva du har sagt eller gjort når du har brukt _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

Får du svaret Ja, gå til sp. 35a, ellers gå til sp. 36.

*35a. Var du da klar over at hukommelsestap/black-outs er et tegn på alvorlig påvirkning av hjernen?

	Nei	Ja	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*36. Hender det ofte at du tenker på _____ når du holder på med andracting? (ICD-10)

	Nei	Ja	Siste år	M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*36a. Passer du på at _____ alltid er tilgjengelig? (ICD-10)

	Nei	Ja	Siste år	M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*37. Har trangen/suget etter _____ noen gang vært så sterk at du ikke har kunnet stå imot?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*38. Har du noensinne satt opp regler/skjema for bruken av _____ som du ikke har greid å følge?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*39. Har du noensinne ønsket å redusere eller slutte med _____, men ikke greid det?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*40. Har du redusert eller sluttet med sosiale eller fritidsaktiviteter for å kunne bruke _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*41. Har du gitt opp sosiale- eller fritidsaktiviteter pga at du har brukt pengene dine på _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*42. Har det noen gang hendt at du ikke har gjort det du har planlagt pga bakrus fra eller bruk av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*43. Har du noen gang vært borte fra arbeid eller skole pga _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*44. Har du forsømt jobben, redusert utviklingsmulighetene dine i jobben eller sluttet i jobben pga _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*45. Har du noen gang brukt en stor del av dagen for å ta, eller for å komme deg etter å ha brukt _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*46. Har du hatt følelsen av at livet mest har dreid seg om _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*47. Har du hatt problem med hukommelsen eller konsentrasjonen som du tror kommer av din bruk av _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*48. Har du hatt følelsesmessige problemer (f.eks. følt deg trist, verdiløs eller hatt angst) som du eller andre tror kommer av din bruk av _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

49. Har familien, venner eller andre noen gang protestert mot din bruk av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

50. Har din bruk av _____ noen gang skadet en relasjon til noen du brydde deg om?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

51. Har du noen gang slått noen eller blitt voldsom når du har drukket eller når du har brukt _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

52. Har du noen gang hatt konflikter med sjef, kolleger/lærere eller medelever pga din bruk av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____

53. Har du noen gang forsømt dine daglige plikter pga _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____

54. Har det hendt at du ikke har betalt regninger eller ivaretatt dine økonomiske forpliktelser pga at pengene er brukt til _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____

55. Har du noen gang hatt vansker med å gjøre jobben din eller skolearbeidet pga _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____

56. Har du noen gang blitt omplassert eller oppsagt/ blitt utvist fra skolen pga din bruk av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____

57. Har du blitt tatt av politiet pga din oppførsel i forbindelse med bruk av _____? (ikke i trafikken)

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	____

58. Har du noen gang blitt tatt av politiet pga besittelse eller salg av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

59. Har du noen gang blitt tatt av politiet for kjøring påvirket av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol _____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

60. Har du kjørt påvirket av _____ uten å bli tatt?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

61. Har du noen gang som sjåfør, vært innblandet i trafikkulykke der du har brukt _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

62. Har du noen gang skadet deg når du har brukt _____, så du har trengt legehjelp?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

63. Har du blitt seksuelt utnyttet eller blitt utsatt for seksuell vold i sammenheng med bruk av _____?

	Nei	Ja	Ant. gngr. det siste år		M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

64. Har du utsatt deg for risiko - seksuell eller annen når du har brukt _____?

	Ant. gngr.		det siste år		M	Deb.
	Nei	Ja				
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

65. (Bare kvinner) - Har du brukt _____ i større mengder enn du syntes du burde, til tross for at du visste at du var gravid?

	Ant. gngr.		det siste år		M	Deb.
	Nei	Ja				
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2+	<input type="checkbox"/>	_____

*66. Har du hatt fysiske/psykiske problemer som du eller andre tror kommer av din bruk av _____?

Vanlige symptom kan være :

- Depresjon
- "Prikking" eller nummenhet i hender/føtter
- Blodstyrning
- Magesår
- Høyt blodtrykk
- Nese- eller halsproblemer
- Bukspyttkjertelbetennelse
- Leversykdom/forhøyde leververdier
- Pustebesvær eller problemer med lungene
- Underernæring
- Annet:

	Nei	Ja	Siste år	M	Deb.
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*67. Har du fortsatt å bruke _____ til tross for at du visste at det kunne forverre et fysisk/psykisk problem f.eks. magesår eller depresjon?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*68. Har du trukket deg unna familien/nære venner for i stedet å kunne bruke _____ enten alene eller sammen andre?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*69. Har du opplevd minst to av de følgende når du reduserte eller sluttet med _____?

(Hodepine/uvelhet/brekninger, angst, vært nedfor, irritasjon, indre skjjelving, svette, hjertebank, kortpustethet, diaré, søvnforstyrrelser eller økt drømming)

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*70. Har du hatt merkbare skjelvinger etter at du har sluttet med eller minsket dosen av _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*71. Har du brukt _____ eller noe lignende, for å lindre eller unngå skjelving eller andre abstinesproblemer?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*72. Har du vært plaget av hallusinasjoner eller alvorlig forvirring etter at du har sluttet med, eller har trappet ned på _____?

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*73. Har du hatt delirium når du har sluttet med _____? (Desorientering, svette, feber, hjertebank eller kortpustethet)

	Nei	Ja	Siste år	M	Debut
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sove-/beroligende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andre/blanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

74. Har du gjennomgått behandling (inkl. medisinsk) for alkohol-, tablett- eller annet rusmiddelbruk? (Se manualen vedr. familiemedlemmer)

NÅR	HVOR	HVEM
Siste uke	_____	_____
Siste måned	_____	_____
Siste halvår	_____	_____
Siste år	_____	_____
Over et år siden	_____	_____
Aldri		

Nåværende oppholdssted:

- ☐ Behandlingshjem/institusjon
☐ Fengsel ☐ Annet _____

75. Notér debutalder for tidligste og siste symptom, og antall symptomer den siste måneden for hvert medikament. (Sp.22-Sp.73)

	Tidligste	Siste	Mnd.
Alkohol	_____	_____	_____
Sove-/beroligende	_____	_____	_____
Smertestillende	_____	_____	_____
Cannabis	_____	_____	_____
Amfetamin	_____	_____	_____
Kokain	_____	_____	_____
Opiater	_____	_____	_____
Hallusinogener	_____	_____	_____
Løsemidler	_____	_____	_____
Andre/blanding	_____	_____	_____
Angst	_____	_____	_____
Depresjon	_____	_____	_____

*Vedlegg 3: Baseline – registrering av rutiner og metoder på deltakernes arbeidsplasser***ADDIS
DELTAKERE PÅ STUDIET
BASELINE****1. Identifikasjon**Mann ☐ Kvinne ☐ Fødselsår _____ Initialer _____

Type arbeidsplass _____

2. Hvordan identifiseres rusavhengighet/misbruk på din arbeidsplass nå i dag?

(Kriterier/kartleggingsverktøy/rutiner/arbeidsmåter/etc.)

3. Hvordan dokumenteres hjelpebehov?

4. Hvordan foregår dialogen saksbehandler/klient?

5. Hva styrer valg av tiltak/behandling?

Ta standpunkt til utsagnene om dagens praksis på arbeidsplassen ved å krysse av på linjene nedenfor:

7. Hensiktsmessig, metodene er gode

Enig 1-----10 Uenig

8. Jeg er fornøyd, vi gjør en god jobb

Enig 1-----10 Uenig

9. Klientene får den hjelpen de trenger

Enig 1-----10 Uenig

10. Riktige tiltak møter behov på en ok måte

Enig 1-----10 Uenig

11. Hva slags forventninger har du til:

- ADDIS som metodikk:

- de som underviser/veileder på studiet

- arbeidsgiver/arbeidsplass

- meg selv

TEMA/SPØRSMÅL LEDERE

MARS 2004

*** BESKRIVELSE AV VIRKSOMHETENS ANSVARSOMRÅDE, MÅLGRUPPE(R) OG DINE ARBEIDSOPPGAVER**

*** REKRUTTERING:**

Hvordan kom du først i kontakt med ADDIS, hvilken informasjon fikk du og hvilken relevans så du for din virksomhet?

*** FORANKRING:**

Hvem var sentrale i din virksomhet vedr. igangsetting og gjennomføring av opplæringsprosjektet(f.eks. ildsjeler og initiativtakere)?
Andre viktige grunner til at din virksomhet valgte å være med?

*** BESLUTNINGER OG RESSURSPRIORITERINGER:**

Er din kommunes prioriteringer overfor målgruppa eller utløsning av ressurser i enkeltsaker blitt påvirket av ADDIS-metodikken?

*** NETTVERK:**

Har du idag kontakt med andre som bruker ADDIS eller leder virksomheter som bruker systemet?

*** STRATEGISKE PLANER:**

Hva tenker du om framtidig bruk i din virksomhet, hos de som er sertifisert og evt. nye brukere? Foreligger det planer eller ideer for videre bruk? Premisser eller forutsetninger for videre beslutninger?

TEMA/SPØRSMÅL TIL MELLOMLEDERE

MARS 2004

*** BESKRIVELSE AV VIRKSOMHETENS ANSVARSOMRÅDE, MÅLGRUPPE(R) OG DINE ARBEIDSOPPGAVER**

*** REKRUTTERING TIL OPPLÆRINGEN:**

Var du involvert i beslutningen om å delta? Hvordan ble deltakerne rekruttert? Hvilke bruksområder så du for ADDIS i din virksomhet, hva ble vektlagt?

*** SAMARBEID OG KONTAKTNETT:**

Samarbeider din virksomhet med andre ADDIS-brukere eksternt, formelt eller uformelt, planmessig eller mer tilfeldig? Hva slags samarbeid?

Hvordan fungerer samarbeidet med ikke-ADDIS-brukere eksternt og internt i kommunen etter ADDIS-innføringen? Endringer? Reaksjoner?

*** BESLUTNINGER OG PRIORITERINGER:**

Mange saksbehandlere trekker fram mer presis dokumentasjon som en fordel, brukes dette videre til prioriteringer og utløsning av ressurser?

*** TYDELIGGJØRING FOR BRUKERNE:**

Mange beskriver at problematikken blir klarere for misbrukerne, ser dere atferdsendringer over tid som kan ha sammenheng med dette?

*** FRAMTIDIG BRUK:**

Tanker du har om framtidig bruk i din virksomhet, evt. nye sertifiseringer? Foreligger det ideer eller strategiske planer for videre bruk?

*** UTVALGSKRITERIER:**

Har virksomheten kriterier for hvilke klienter som skal kartlegges med ADDIS?

INTERVJUSPØRSMÅL ANSATTE

1. Fordeler og ulemper med å bruke ADDIS i forhold til tradisjonelle måter å kartlegge på?
(jfr. spm. 6, 7, 8, 9 på base-line-skjemaet)
2. Er det spørsmål, arenaer eller livsområder som du pleier å bruke tid på i en kartlegging utenom selve ADDIS-intervjuet?
3. Påvirker innføringen av ADDIS oppfølging av den enkelte bruker eller valg av tiltak?
(jfr. spm. 2, 4, 5 på base-line-skjemaet)
 - i. I hvilken grad?
 - ii. På hvilken måte?
4. Kommer du til å bruke ADDIS framover?
 - i. Hvordan?
 - ii. Hvorfor, evt. hvorfor ikke?

ANSATTINTERVJUER INTERVJUSPØRSMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

INTERVJUSPØRSMÅL ORDRETT FRA INTERVJUGUIDEN

> Baseline-spm fra skjema utfyllt før opplæringen startet

Underliggende forskningsspørsmål

1. HVORDAN KARTLA DU BEHANDLINGSSØKENDE RUSKLIENTER FØR
OPPLÆRINGEN?

- > Baseline-spm 2 Identifisering av rusproblemer idag
- 3 Dokumentasjon av hj.behov
- 4 Dialog behandler/klient

FORDELER OG ULEMPER ADDIS VS. TRAD. KARTLEGGING?

Synspunkter på tidligere praksis:

- > Baseline-spm 6 Hensiktsmessighet
- 7 Tilfredshet
- 8 Kli. får hjelpen de trenger
- 9 Tiltak møter kli. på ok måte

Sammenlikning med ADDIS-metodikken

2. SPØRSMÅL, ARENAER, LIVSOMRÅDER FOKUSERES UTENOM ADDIS?
OMRÅDER SOM ER SÆRLIG VIKTIGE FOR BEDØMNINGEN?

*Hva slags sammenheng legges det standardiserte intervjuet inn i?
Hvilke deler av den tidligere arbeidsmetodikken videreføres parallelt med ADDIS?
Regnes skjemaet som fullverdig isolert sett, eller suppleres med andre metoder?
Er det behov for ytterligere kvalitativ, åpen datainnhenting, utover de lukkede spørsmål i selve skjemaet?
Er saksbehandleren eller den aktuelle virksomheten fokusert på særskilte sider ved kartleggingen?*

3. PÅVIRKER ADDIS OPPFØLGING OG VALG AV TILTAK?

- > Baseline-spm 5 Hva styrer valg tiltak/behandling

*Følges "ADDIS-klienter" tettere opp etter et intervju?
Prioriteres de høyere enn de ellers ville vært?
Prioriteres de foran klienter med annen type kartlegging?
Gjør kartleggingen noe med samarbeidet med den aktuelle klienten etterpå?
Påvirker kartleggingsmetodikken din yrkesrolle overfor eksterne samarbeidspartnere,
overfor ledelse eller kollegaer internt?*

ADDIS

SKJEMA TIL DEN SOM HAR BLITT INTERVJUET

1. Identifikasjon

Mann ☐ Kvinne ☐ Fødselsår _____ Utfylt dato _____

Jeg har blitt intervjuet av _____

Under ADDIS-intervjuet har jeg følt meg (sett kryss på linjene)

2. Tatt på alvor, respektert

Uenig Enig

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 10

3. Krenket, overkjørt

Uenig Enig

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 10

4. Fremmedgjort, dette ble for mye skjema

Uenig Enig

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 10

5. Bevisstgjort, dette satte igang noe positivt i meg

Uenig Enig

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 10

6. Dette var viktig, jeg er glad for at jeg sa ja

Uenig Enig

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 10

Andre reaksjoner jeg har nå:

ETTER OPPFØLGINGSSAMTALE

1.

Utfylt dato: _____

I den oppfølgingssamtalen vi har hatt i dag, kjente jeg:

2.

at jeg hadde tenkt mye
på dette siden sist

Uenig

Enig



3.

at jeg ble tatt
på alvor

Uenig

Enig



At jeg forsto innholdet og meningen med:

4.

avhengighetskurven

Uenig

Enig



5.

den pedagogiske
sjekklisten

Uenig

Enig

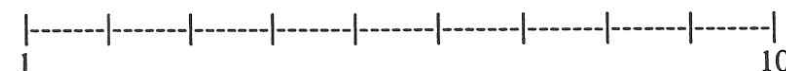


6.

vurderingen/
bedømmelsen

Uenig

Enig



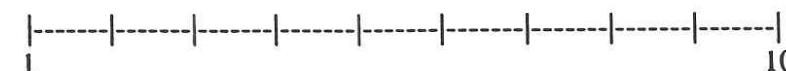
At jeg støtter:

7.

vurderingen av meg
og rusbruket mitt

Uenig

Enig

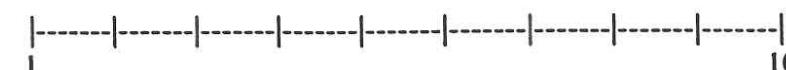


8.

de tiltakene som er
foreslått

Uenig

Enig



Spørreskjema til klient – instruksjon

Den siden som har teksten: "ADDIS – Skjema til den som har blitt intervjuet", fylles ut av klienten umiddelbart etter at man har gjort seg ferdig med ADDIS-kartleggingen.

Denne delen av skjemaet prøver å fange inn klientens opplevelse i intervjusituasjonen.

Den som intervjuer skal helst ikke hjelpe til med eller involvere seg i utfyllingen av skjemaet.

Det er bare den ene siden som fylles ut. Skjemaet legges i adressert konvolutt til høgskolen i Østfold og klebes igjen. Konvolutt og skjema oppbevares av intervjueren fram til oppfølgingssamtalen.

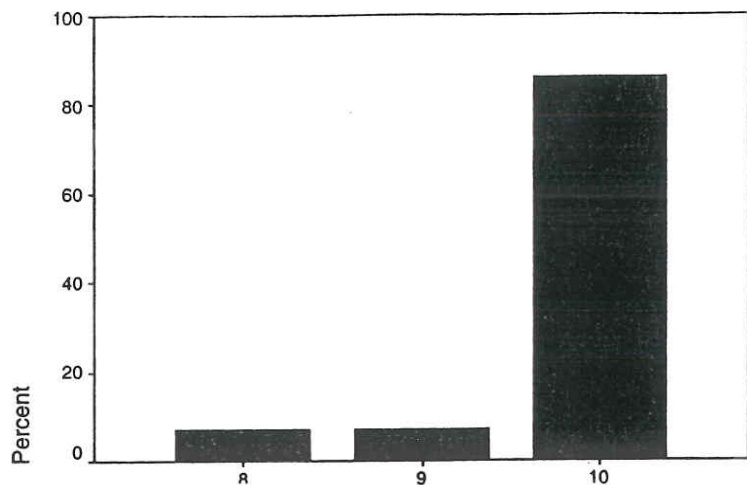
På slutten av oppfølgingssamtalen åpnes konvolutt, klienten fyller ut side 2 av skjemaet som puttes i ny konvolutt som intervjueren frakter og sender høgskolen.

Del to av skjemaet prøver å fange inn klientens oppfatning av oppfølgingssamtalen og forståelsen av det som forsøkes formidlet i denne samtalen.

Noen klienter blir borte i systemet, og oppfølgingssamtale finner ikke sted. I slike tilfeller sender intervjueren det oppbevarte skjemaet fra intervjudagen til høgskolen.

Spørreskjema benyttes fra første intervju i opplæringen.

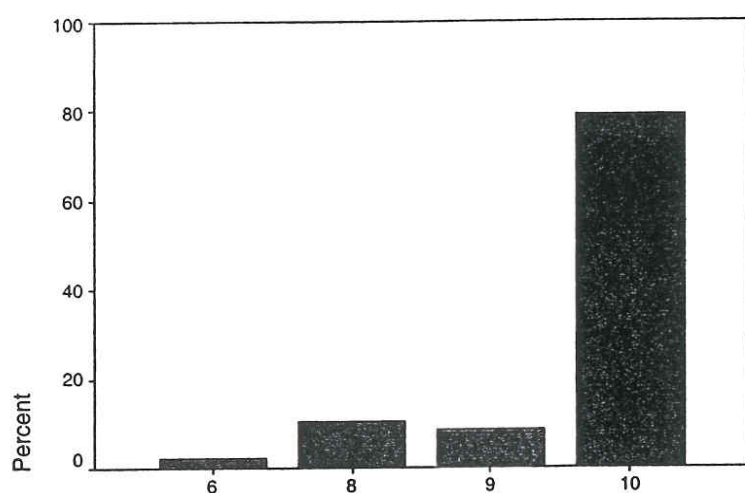
Ta vare på navn, adresse og andre opplysninger om klienten. Det kan bli aktuelt å foreta intervjuundersøkelser etter noe tid.



Figur 1a

Under ADDIS-intervjuet har jeg følt meg: Tatt på alvor, respektert

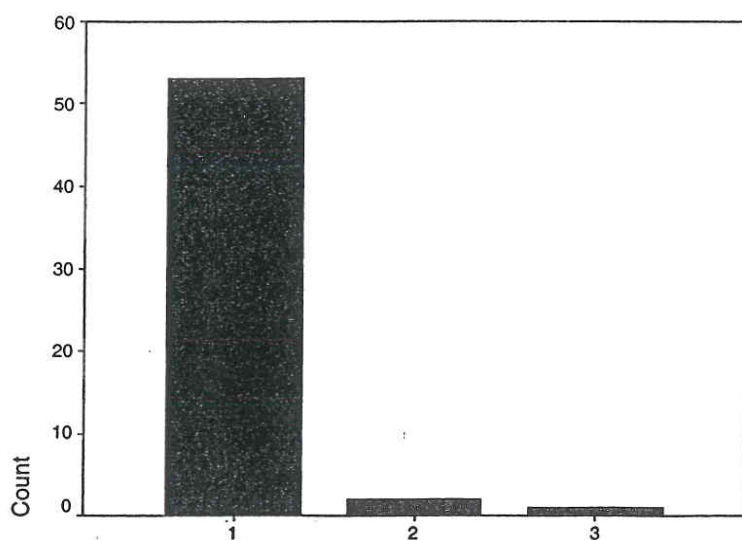
Gjennomsnitt: 9.8



Figur 1b

I den oppfølgingssamtalen vi har hatt i dag, kjente jeg at jeg ble tatt på alvor, respektert

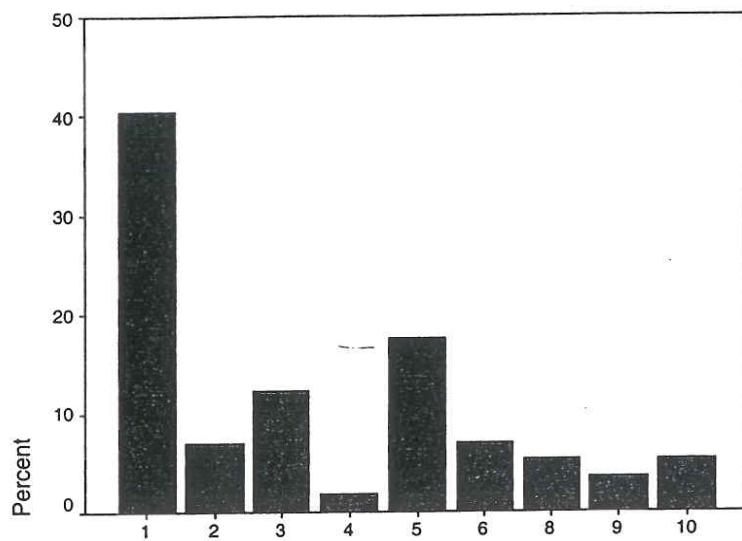
Gennomsnitt: 9,6



Figur 1c

Under ADDIS-intervjuet har jeg følt meg: Krenket, overkjørt

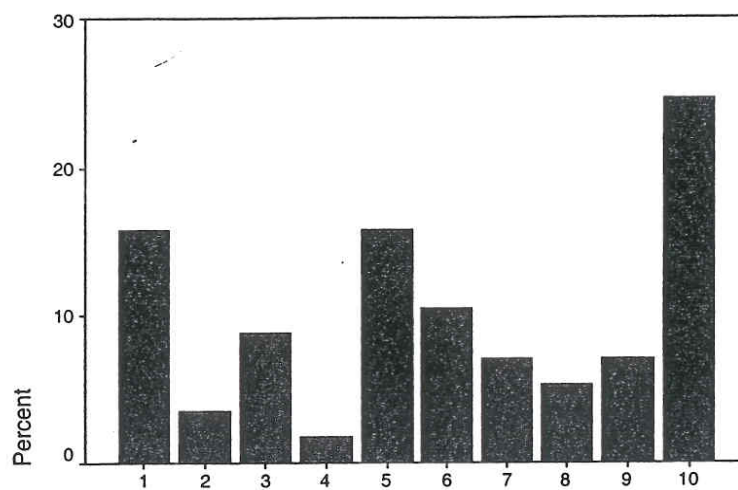
Gjennomsnitt: 1.1



Figur 2a

Under ADDIS-intervjuet har jeg følt meg: Fremmedgjort.

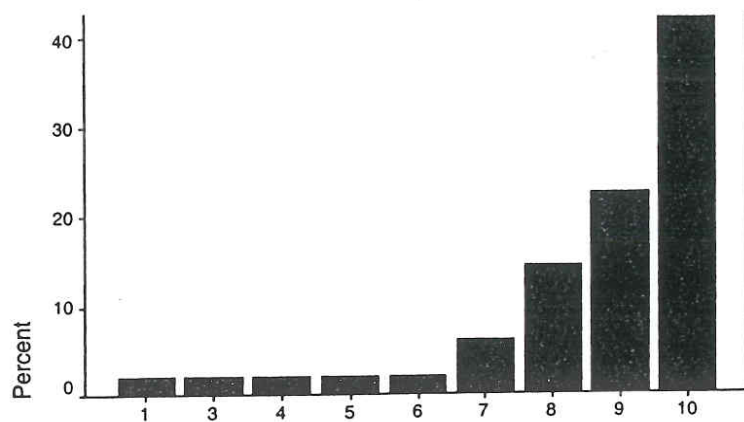
Gjennomsnitt: 3.5



Figur 2b

Under ADDIS-intervjuet har jeg følt meg: Bevisstgjort

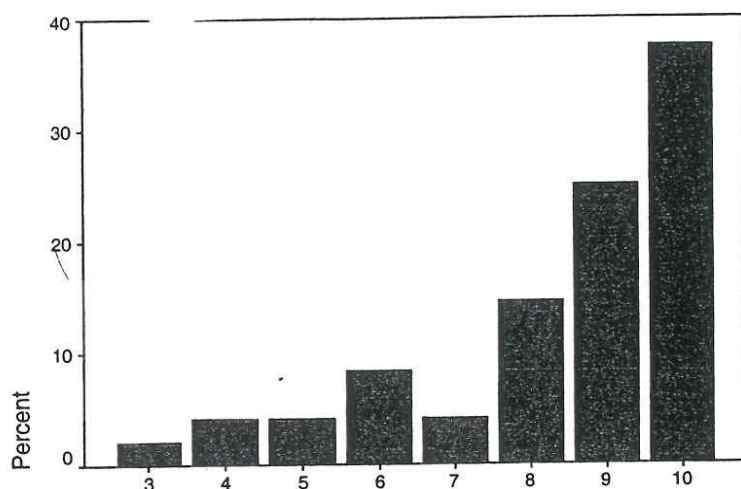
Gjennomsnitt: 6.0



Figur 3a

At jeg forsto innholdet og meningen med avhengighetskurven

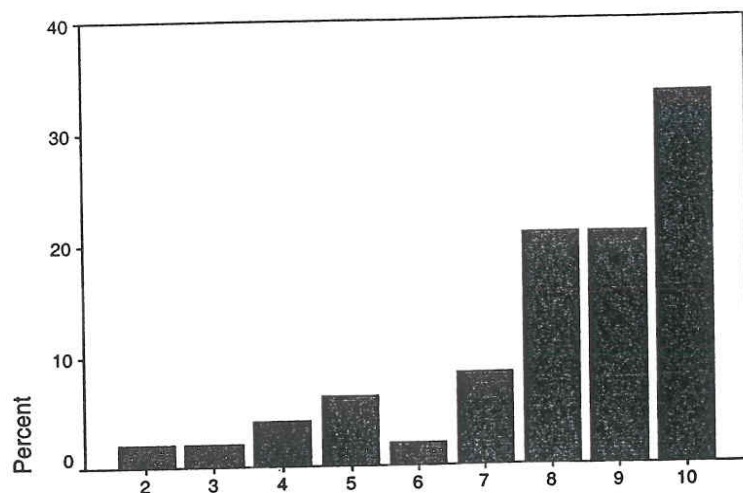
Gjennomsnitt: 8,7



Figur 3b

At jeg forsto innholdet og meningen med den pedagogiske sjekklis

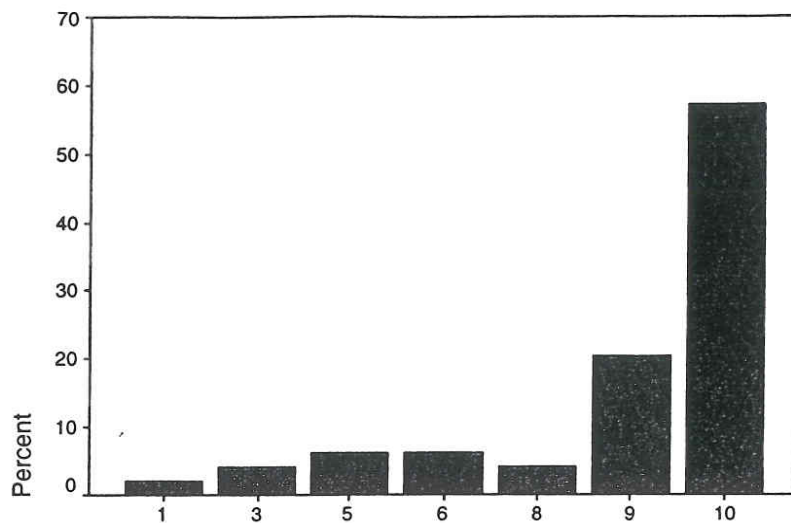
Gjennomsnitt: 8,4



Figur 3c

At jeg forsto innholdet og meningen med vurderingen/bedømmelse

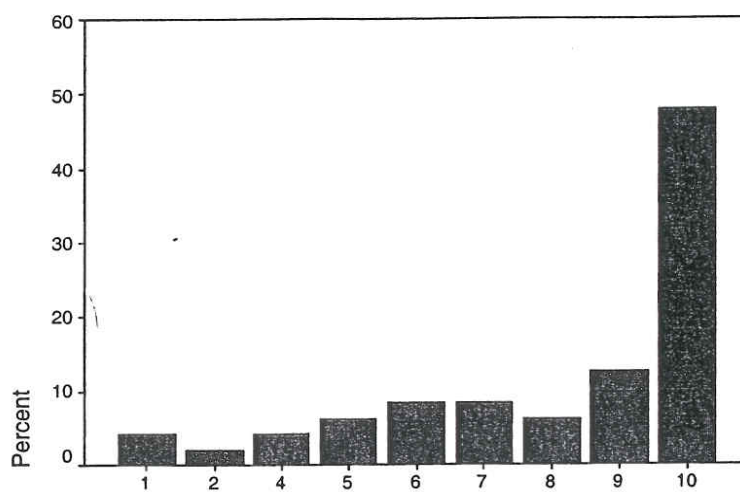
Gjennomsnitt: 8,2



Figur 4a

At jeg støtter vurderingen av meg or rusbruket mitt

Gjennomsnitt: 8,7



Figur 4b

At jeg støtter de tiltakene som er foreslått

Gjennomsnitt: 8,1

OPPFØLGINGSUNDERSØKELSE ANSATTE NOV. -04

ANSATT I TYPE VIRKSOMHET

☐ generalist sosialtj. ☐ spesialist sosialtj. ☐ rusbehandling ☐ annet _____

Hvis du har byttet arbeidsgiver eller arbeidsoppgaver siden sertifiseringen, hadde ADDIS-kompetansen betydning for dette? ☐ JA ☐ NEI

Hvor mange av dine kollegaer er ADDIS-sertifisert? ☐ Planlegges fler? ☐ JA ☐ NEI

DIN BRUK AV ADDIS I DAG

Hvor mange ADDIS-kartlegginger har du gjort totalt inkl. de 4 under opplæringen? ☐

Hvor ofte har du gjort ADDIS-kartlegginger det siste halvåret?

☐ mer enn 1 pr. uke ☐ 1 pr. uke – 1 pr. mnd ☐ mindre enn 1 pr. mnd. ☐ ingen

Hvis du ikke har brukt ADDIS det siste halvåret, hva kan det skyldes?

ADDIS PÅ ARBEIDSPLASSEN DIN I DAG

Brukes andre strukturerte kartleggingsverktøy på arbeidsplassen din? _____

Brukes ADDIS-resultater systematisk som grunnlag for valg av tiltak med hensyn til *nivå eller omfang* (f.eks. poliklinisk eller døgnet)? ☐ JA ☐ NEI

Brukes ADDIS-resultater systematisk som grunnlag for valg av tiltak med hensyn til *innhold i behandlingsopplegget* (f.eks. metodikk, ideologi, LAR osv.)? ☐ JA ☐ NEI

Brukes ADDIS-resultater systematisk når dere lager individuelle handlingsplaner eller setter opp individuelle arbeidsmål med klientene? ☐ JA ☐ NEI

Brukes samlet ADDIS-dokumentasjon om klientgruppa som grunnlag for planlegging eller videreutvikling av tjenestetilbudet på arbeidsplassen din? ☐ JA ☐ NEI ☐ VET IKKE

Har virksomheten din eksterne samarbeidspartnere som bruker ADDIS? ☐ JA ☐ NEI

Er du tilfreds med den samlede utnyttelsen av ADDIS på din arbeidsplass, eller ser du nye bruksområder eller framtidige utviklingsmuligheter?

BRUKERSTØTTE OG VEILEDNING

Er du fornøyd med hvordan det formelle og uformelle nettverket ditt fungerer når det gjelder veiledning, brukerstøtte, kollegadiskusjoner osv. om ADDIS? ☐ JA ☐ NEI

Kjære alle deltakere på ADDIS VOX-prosjektet

Fredrikstad, 22.11.04

OPPFØLGINGSUNDERSØKELSE OM BRUK AV ADDIS

Mange av dere bidro med masse spennende refleksjoner i intervjurunden jeg hadde like etter opplæringen. Noen hovedtrekk:

- Det er store variasjoner når det gjelder hvor mye verktøyet brukes, og hvordan det er integrert i den øvrige virksomheten
- Mange synes de får brukt det for lite
- Nesten alle er svært tilfredse med hvordan verktøyet fungerer i forhold til dialogen med brukerne, egen faglige trygghet og som beslutningsgrunnlag.
- Brukerundersøkelsen tegner også et bilde av at de fleste opplever dette som en hensiktsmessig metode hvor de blir respektert og ivaretatt, selv om det er mye skjema. Det er bemerkelsesverdig stort samsvar mellom brukere og ansatte, når det gjelder problemvurderinger og tiltaksanbefalinger.
- Mange opplever at de har liten tid til å drøfte vurderinger og bedømminger med andre som bruker verktøyet

Mye av informasjonen fra intervjuene med dere ble benyttet i selve evalueringsrapporten som Ulf skrev ferdig i sommer, mens jeg jobber videre med mange av de samme spørsmålene i hovedoppgaven min i sosiologi. Her er det sentrale temaet hvordan organisatoriske faktorer virker inn på spredning og bruk, både hvor ofte og med hvilken hensikt.

Sammenhengen jeg setter det inn i er hvordan ADDIS fungerer i forhold til innføring av pasientrettighetsloven, nye rutiner og nye ideologiske strømninger i forbindelse med rusreformene og aktuelle krav om kvalitetskriterier, målbarhet, dokumentasjon og en mer evidensbasert praksis. En veldig vanlig erfaring når nye metoder innføres, er at behovet for langsiktige perspektiver undervurderes.

Jeg ville derfor svært gjerne se hvordan dette fungerer hos deg nå ca 1,5 år etter opplæringen, og blir kjempeglad om du har anledning til å sette av 10 minutter til dette. Har du flere tanker du vil dele, kan du gjerne skrive mer på baksida, sende meg en mail på gro.h.johansen@hiof.no eller ringe meg på 69 30 30 69 eller 990 21 498.

Alt materialet blir behandlet anonymt. Jeg har registrert en kode dersom det skulle bli nødvendig med en purrerunde, men denne blir selvsagt ikke koplet til svarene dine.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Gro Heidi Løvendahl Johansen
Høgskolelærer/hovedfagsstudent

Kjære alle deltakere på ADDIS VOX-prosjektet

Fredrikstad, 12.12.04

OPPFØLGINGSUNDERSØKELSE OM BRUK AV ADDIS

Det har nå gått tre uker siden jeg sendte ut brevet med oppfølgingsundersøkelsen, og siden jeg ikke har mottatt noe svar fra deg, tillater jeg meg å sende deg en purring.

Har du nettopp sendt svar kan du selvsagt bare se bort fra denne henvendelsen.

Skjemaet er fort gjort å fylle ut, her er mest spørsmål om fakta, i tillegg til noen vurderinger angående din tilfredshet.

Har du flere tanker du vil dele, kan du gjerne skrive mer på baksida, sende meg en mail på gro.h.johansen@hiof.no eller ringe meg på 69 30 30 69 eller 990 21 498.

Jeg minner igjen om at alt materialet blir behandlet anonymt. Jeg har registrert en kode til bruk i forbindelse med purring, men denne blir selvsagt ikke koplet til svarene dine.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Gro Heidi Løvendahl Johansen
Høgskolelærer/hovedfagsstudent